LA NEURASTHÉNIE

MALADIE DE BEARD

(Méthodes de Weir-Mitchell et Playfair. Traitement de Vigouroux)

PAR

LE Dr FERNAND LEVILLAIN

Ancien élève de la Salpêtrière

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE PARIS

Avec une préface du Professeur CHARCOT

ET SUIVIE

d'une Notice thérapeutique par le Dr Vigouroux

PARIS

A. MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1891

LA

NEURASTHÉNIE

MALADIE DE BEARD

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

L'Anorexie hystérique (*Prog. Méd.* 83).

Essai critique sur les progrès réalisés dans l'étude des « FONCTIONS DU CERVEAU » par la méthode physiologique et la méthode anatomo-clinique (Th. médaillée, 1884).

Collaboration au 2e Supplément de la Grande Encyclopédie du XIXe siècle (*Dictionnaire Larousse*).

Chroniques médicales de la « Revue Encyclopédique. »

EN COURS DE PUBLICATION

HYGIÈNE DES GENS NERVEUX, précédée de **Notions générales et élémentaires sur la Structure, les Fonctions et les Maladies du système nerveux**, in-12, 300 p., librairie Alcan.

La Morgue et les Conférences de médecine légale du Professeur Brouardel, in-8, 400 p., librairie J.-B. Baillière.

EN PRÉPARATION

Les Névroses traumatiques (monographie).

Manuel de Neuropathologie (in-12, 800 p.), librairie Masson.

DIJON. — IMPRIMERIE DARANTIERE, RUE CHABOT-CHARNY, 65

LA

NEURASTHÉNIE

MALADIE DE BEARD

(Méthodes de Weir-Mitchell et Playfair. Traitement de Vigouroux)

PAR

LE Dr FERNAND LEVILLAIN

Ancien élève de la Salpêtrière

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE PARIS

Avec une préface du Professeur CHARCOT

ET SUIVIE

d'une Notice thérapeutique par le Dr Vigouroux

PARIS

A. MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1891

A

MON EXCELLENT ET VÉNÉRÉ MAITRE

M. LE PROFESSEUR CHARCOT

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'INSTITUT

PRÉFACE

L'auteur du livre que j'ai l'honneur de présenter au public médical a été, pendant plusieurs années, attaché à mon service de la clinique des maladies du système nerveux, à la Salpêtrière. Là il a pu étudier à loisir, sur un très grand nombre de malades qui se présentent chaque semaine à la consultation du mardi, l'état morbide que le regretté Dr Beard, de New-York, a eu le grand mérite de savoir dégager du chaos de l'ancien « nervosisme » et qu'il a, sous le nom de neurasthénie, fait pénétrer dans le domaine de la clinique neuropathologique où il occupera désormais une place légitimement conquise.

Pour la majorité, la description de notre confrère américain est excellente : elle répond à la réalité des choses ; cependant, çà et là, une

étude attentive y fera reconnaître des parties faibles qu'il importait de réviser, des lacunes qui demandaient à être comblées. C'est ce qu'a essayé de faire M. le Dr Levillain à la lumière d'observations personnelles et je crois qu'il a le plus souvent réussi dans l'accomplissement de la tâche qu'il s'est proposée.

Il était intéressant, pour ne citer qu'un exemple du dernier groupe, de faire ressortir que la névrose neurasthénique n'appartient pas tant s'en faut, exclusivement à l'homme des classes privilégiées, amolli par la culture, épuisé par l'abus des plaisirs, par des préoccupations d'affaires et l'excès des travaux intellectuels. Il y a là un préjugé que je me suis bien des fois efforcé de combattre, mais contre lequel il faudra lutter encore, sans doute, pendant longtemps, car il paraît loin d'être déraciné. Il est parfaitement avéré cependant, M. Levillain l'a bien montré, que l'affection en question, du moins dans les villes, s'observe sur une grande échelle chez les prolétaires, les artisans le moins favorisés par le sort, ceux qui ne connaissent guère que le labeur physique.

Comment oublier d'ailleurs qu'en somme

leur constitution psychique est foncièrement la même que la nôtre et que, comme d'autres, plus même peut-être, ils sont soumis aux conséquences profondément perturbatrices des émotions morales pénibles, de l'anxiété qui s'attache aux difficultés de la vie, à l'influence dépressive de la mise en jeu exagérée des forces physiques, etc. ; sans parler du schock nerveux produit dans les grands accidents auxquels ils sont particulièrement exposés, non plus que des intoxications professionnelles dont le rôle pathogénique commence depuis quelques années seulement à être convenablement apprécié. Il ne faut pas oublier d'autre part que l'hérédité nerveuse n'est pas l'exclusif privilège des grands de la terre ; elle exerce son empire sur la classe ouvrière comme partout ailleurs.

Il était juste également d'insister, plus qu'on ne l'avait fait, sur ce point, que le complexus symptomatique en question répond certainement à une espèce morbide dont la fixité nosographique ne saurait être sérieusement contestée puisqu'on la voit conserver son individualité, son identité, dans les circonstances variées où elle peut se développer. Ainsi ce même état neu-

rasthénique que nous voyions s'installer tout à l'heure chez un ouvrier sans culture à la suite d'une série d'émotions pénibles, vous le retrouverez revêtu de ses caractères essentiels dans des conditions bien différentes, en apparence, sous l'influence de ce qu'on appelle le surmenage intellectuel; chez les écoliers par exemple, à partir des âges de quinze à seize ans, époque à laquelle un élève commence à pouvoir, par un effort de volonté, contraindre son cerveau à un excès de travail; chez les étudiants qui affrontent les concours, chez les savants, les gens de lettres au travail acharné, chez les politiciens, les hommes d'affaires qu'écrasent de lourdes responsabilités et qui vivent incessamment bourrelés d'inquiétudes.

Dans les cas qui viennent d'être cités, les facteurs étiologiques appartiennent à la catégorie des actions lentes; mais il importe de remarquer que les causes à action brusque, telles qu'on les rencontre dans les grands accidents (chute d'un lieu élevé, collisions de trains avec ou sans traumatisme), en tant qu'elles sont de nature à provoquer ce qu'on est convenu d'appeler le choc nerveux, pour-

ront, à courte échéance, produire les mêmes résultats.

Eh bien, je le répète encore une fois, malgré ces diversités d'origine, malgré ces différences relatives au sujet, le type morbide, à part quelques modifications d'ordre secondaire, reste immuable. Notre auteur l'a bien fait voir par plusieurs exemples appropriés.

Mais il importait surtout de purifier, si l'on peut ainsi parler, le tableau nosologique de la neurasthénie en le débarrassant d'éléments étrangers qui y auraient été introduits bien à tort par quelques auteurs, par Beard lui-même. C'est ainsi que l'agoraphobie, la misophobie, l'onomatomanie, l'arithmomanie et autres syndromes épisodiques de la vésanie du doute, doivent être absolument éliminés du cadre. Ce sont, en effet, des stigmates variés de la dégénérescence héréditaire, qui lorsqu'ils se présentent, ce qui n'est pas très rare, chez un neurasthénique, marquent chez lui l'existence d'une complication facile à prévoir du reste si l'on se reporte aux lois de l'hérédité nerveuse ; ce ne sont pas des sypmptômes émanant de la maladie principale. On pourrait faire les mêmes réflexions à propos de l'hys-

térie qui s'associe très fréquemment à la neurasthénie surtout chez l'homme, de façon à constituer une forme mixte, l'hystéro-neurasthénie, dont il a été souvent question dans ces derniers temps à propos des accidents de chemin de fer. Ici encore les deux maladies vivent sur le même terrain, côte à côte, entremêlant les symptômes qui leur sont propres. Elles ne se confondent pas, ne se fusionnent pas ; en un mot elles ne produisent pas d'hybride.

Mais je ne saurais énumérer ici tous les points qui mériteraient d'être mis en relief dans l'ouvrage de M. Levillain ; qu'il me suffise de dire, en terminant, que le livre est d'une lecture attrayante et qu'on y trouve pour ainsi dire à chaque page, sur le sujet qu'il traite, quelque fait, quelque document nouveau ou encore peu vulgarisé.

Sans parler de l'article bien connu de M. Huchard, nous possédions déjà, dans la littérature médicale française sur la neurasthénie constituée d'après le type créé par Beard, une excellente monographie due à la plume de M. le docteur Bouveret ; celle que nous recommandons aujourd'hui ne fera pas cependant double emploi. Les deux ouvrages ont été

écrits à des points de vue différents et dans des conditions d'observation différentes ; d'ailleurs la neurasthénie est une grande maladie, encore bien peu connue et qui ne saurait être trop étudiée sous les aspects si variés qu'elle peut revêtir dans la clinique.

CHARCOT.

1891, 14 janvier.



LA

NEURASTHÉNIE

MALADIE DE BEARD

CHAPITRE PREMIER

HISTOIRE DU MOT ET DE LA CHOSE

Le mot est de date relativement récente ; c'est Beard de New-York qui l'a imaginé, il y a 20 ans à peine, pour décrire l'épuisement nerveux « nervous exhaustion » qu'il croyait propre aux gens de son pays et qu'il appelait encore, pour ce motif, « American nervousness ». Ses premières communications, sur ce sujet, datent de 1868 ; elles furent publiées dans plusieurs journaux et particulièrement dans le *New-York medical journal association*. Mais en réalité la chose est vieille comme le monde ou tout au moins comme la médecine.

Hippocrate en a parfaitement décrit les principaux symptômes : « *l'insomnie, l'anxiété nerveuse, les troubles de la vue, les tintements d'oreilles, les vertiges,*

et une *angoisse de la respiration.* Ceux qui sont atteints de cette maladie ne peuvent demeurer sans manger, n'importe quelle nourriture ils prennent; lorsqu'ils ont pris de la nourriture, ils sont tourmentés de *rapports et de rots.* Il ont *mal à la tête;* ils sentent des piqûres par tout le corps, tantôt en une partie, tantôt en une autre ; ils ont les *jambes pesantes et faibles;* ils se consument enfin et s'affaiblissent peu à peu » (Leclerc, *Fragment du livre II des Maladies* d'Hippocrate).

Que manque-t-il à cette description, qu'on ne retrouve aujourd'hui dans la symptomatologie classique de la neurasthénie? La céphalée, l'insomnie, les désordres dyspeptiques, les vertiges, l'affaiblissement musculaire, les troubles de la sensibilité et des sens spéciaux, les états d'anxiété n'y figurent-ils pas comme dans le tableau moderne du nervosisme américain?

Mais il faut reconnaître que tous ces symptômes, loin d'être associés en un groupe syndromique nettement défini, étaient jetés pêle-mêle au hasard de la description dans le tableau confus des « affections internes » pouvant résulter de l'inanitiation, des pertes séminales et des gastralgies.

Il n'était pas encore question de maladies nerveuses spéciales, ni de classification nosographique : c'était de l'art primitif, mais les grandes lignes et les couleurs fondamentales n'en étaient pas moins nettement indiquées.

Plus tard, Galien rattacha tous ces phénomènes à *l'hypocondrie*, mais selon lui « cette maladie du cerveau a son origine dans les régions situées au-dessous des hypocondres, le foie, l'estomac et l'intestin : ces

organes malades envoient *l'atrabile* au cerveau qui à son tour devient malade. » N'est-il pas curieux de retrouver dans Galien certaines interprétations pathogéniques contemporaines des troubles nerveux ? Galien faisant venir l'hypocondrie des viscères abdominaux, nous rappelle la théorie de Glénard qui fait dériver la neurasthénie des splanchnoptoses. Galien faisant intervenir l'atrabile fabriquée par ces viscères pour expliquer les troubles du cerveau, n'est-il pas le précurseur de la théorie des auto-intoxications de M. Bouchard? L'atrabile s'est transformée en ptomaines ou autres produits toxiques de fermentation stomacale qui sont portés au cerveau par la circulation et déterminent les accidents de l'auto-infection ?

Quoi qu'il en soit Galien est le premier à avoir imaginé l'origine gastrique de ces désordres nerveux qui se réduisaient alors à l'hypocondrie.

Sydenham au XVII[e] siècle y ajouta l'hystérie : mais c'était loin d'être l'hystérie que l'on connaît aujourd'hui si précisément ; c'était au contraire « un Protée prenant une infinité de formes, un caméléon variant sans cesse dans ses couleurs. »

L'hypocondrie et l'hystérie restèrent longtemps encore les deux seules névroses classiquement admises. Tout désordre nerveux était hypocondriaque chez l'homme, hystérique chez la femme. Tout devait rentrer dans l'une ou l'autre de ces deux maladies nerveuses et un peu plus tard, dans les affections vaporeuses de l'homme (1759).

Ce fut Rob. Whytt (1767) qui tenta le premier d'en séparer toute une série de troubles nerveux qui lui paraissaient ne pouvoir être classés dans l'une ni l'autre

des deux catégories précédentes. « Les personnes sujettes aux maux de nerfs, dont certains méritent plutôt d'être qualifiés de nerveux, peuvent former trois classes : les symptômes offerts par les malades qui se trouvent dans la première de ces trois classes peuvent être nommés simplement *nerveux*, ceux de la seconde *hystériques*, et ceux de la troisième, *hypocondriaques* » (Whytt, *Traité des maladies nerveuses, hypocondriaques et hystériques*, trad. de l'anglais. Paris, 1767, t. I, p. 224). Telle fut la première tentative de séparation nosographique entre certains troubles nerveux et les deux grandes névroses, seules adoptées jusque-là !

C'est de cette tentative qu'est né le mouvement qui a produit toute la série des descriptions cliniques vagues et vraiment vaporeuses qui ont tour à tour pris pour enseigne nosographique les noms de : *Eréthisme nerveux* (Dupau, 1819) ; *Névropathie ou Vapeurs* (Dougens, 1825) ; *Hystérisme* ou *Hystéricisme* (Louyer-Villermay, 1832) ; *Irritation spinale* (Stilling, 1850) ; *Névrose protéiforme* (Cerise, 1841) ; *Névrospasmie*, Brachet) ; *Faiblesse nerveuse, Fièvre nerveuse, Névrose par épuisement* (Monneret) ; *Hyperesthésie générale, Névralgie générale* (Valleix, 1854) *Forme dépressive de l'irritation spinale* (Rosenthal) ; *Cachexie nerveuse, État nerveux* (Sandras, 1859); *Nervosisme aigu et chronique* (Bouchut, 1860) , *Névropathie cérébro-cardiaque* (Krishaber, 1873) ; *Maladie cérébro-gastrique* (Leven, 1879) ; *Maladie nerveuse* (dict. sci. méd. Brochin).

Or ces descriptions comportent, en général, l'en-

semble confus de tous les désordres nerveux, possibles et imaginables, en dehors de ceux qui se rattachent à l'hystérie et à l'hypocondrie. Et encore la plupart de ces désordres sont-ils quelquefois communs à ces trois prétendus types cliniques.

Quelques auteurs seulement, parmi les derniers, ont restreint et précisé davantage la série des accidents névropathiques dont ils ont voulu faire une entité morbide distincte. Le tableau clinique du *nervosisme aigu et chronique de Bouchut* constitue assurément un réel progrès sur les descriptions de l'affection vaporeuse ou de la cachexie nerveuse. Mais il est encore trop étendu et trop peu précis pour être considéré comme un véritable type nosographique. Inversement les groupes cliniques décrits par Krishaber, sous le nom de nevropathie cérébro-cardiaque et par Leven sous le nom de maladie cérébro-gastrique ou névrose gastrique, ne sont que des modalités, des variétés cliniques d'un type morbide qui paraît aujourd'hui bien nettement délimité et que certains auteurs ont de nouveau le tort de vouloir élargir et encombrer, aux dépens de la netteté de sa description.

C'est ce type morbide que Beard a le premier observé en Amérique et décrit sous le nom de « Nervous exhaustion » et de neurasthénie. Nous l'avons déjà dit, ses premiers articles et mémoires (notes and papers) sur ce sujet, ont été publiés dans divers journaux en 1868 et 1869 et réunis pour la première fois en volume en 1880 sous le titre « *A practical treatise on Nervous exhaustion (neurasthénia) its causes, symptoms, and sequences.* » La neurasthénie

est donc, au point de vue nosographique, le premier type clinique qui soit encore sorti du chaos de tous les troubles nerveux qui n'appartiennent pas aux maladies organiques ou aux autres névroses classiques du système nerveux. Pendant que M. Charcot en France mettait nettement au point l'hystérie autrefois protéiforme, et lui assignait, d'une manière probablement définitive, ses limites précises, ses caractères stigmatiques, Beard en Amérique donnait la première esquisse d'une névrose vraiment différente et spéciale, également bien définie par ses stigmates personnels, à laquelle il donnait le nom de neurasthénie et qu'on pourrait appeler, à juste titre *maladie de Beard*.

Mais, et c'est là un point sur lequel nous tenons à insister, la neurasthénie ne doit pas comprendre tous les troubles nerveux qu'on ne saurait faire rentrer dans un autre groupe neuropathologique; vouloir l'étendre à ce point, sous prétexte d'enrichir sa description clinique, serait embrouiller le tableau et revenir aux anciens errements.

La neurasthénie n'est plus le nervosisme ni la névrospasmie, ni la diathèse nerveuse, ni la névropathie protéiforme d'autrefois, pas plus qu'elle ne saurait être restreinte à ses variétés cérébro-cardiaque ou cérébro-gastrique.

Il faut se défier de certaines descriptions récentes qui tendent à élargir de plus en plus ce type clinique esquissé par Beard et que M. Charcot a contribué lui-même à préciser davantage en stigmatisant ses principaux symptômes comme il avait déjà fait pour l'hystérie. Il ne faut pas, sous prétexte d'une plus grande richesse de documents, entasser pêle-mêle

dans une description tout ce qui paraît s'y rattacher ; on court le risque d'apporter l'obscurité là où l'on a eu tant de peine à faire la lumière.

La neurasthénie doit rester un type clinique délimité, caractérisé par des symptômes spéciaux presque toujours associés et identiques et suffisamment spécifiques.

Il reste encore en dehors d'elle, selon l'expression pittoresque de M. Charcot, toute une « poussière cosmique » de désordres névropathiques qui ne sauraient encore être classifiés, essentiellement variables de forme et d'intensité selon les individus qui les subissent et les causes qui les produisent. C'est de cette poussière cosmique que naissent, un jour ou l'autre, les météores neuropathologiques dont on connaît aujourd'hui la nature et l'évolution et qui ne sont autres que les maladies classiques du système nerveux.

CHAPITRE II

SITUATION ET SIGNIFICATION NOSOGRAPHIQUES DE LA NEURASTHÉNIE

Pour déterminer la place exacte que doit occuper la neurasthénie dans la nosographie neuropathologique et bien montrer qu'elle tient le premier rang, qu'elle est à la tête et comme au début de toutes les maladies

nerveuses classifiées, auxquelles elle ouvre pour ainsi dire la porte, tant dans l'individu que dans la famille, on peut admettre la progression suivante dans l'évolution des maladies du système nerveux :

En haut de l'échelle se trouveraient les *gens nerveux*, c'est-à-dire les hyperexcitables, les sensitifs, les impressionnables, dont la résistance nerveuse est déjà diminuée et qui sont plus accessibles aux impressions du dehors. Par suite, ils subissent plus facilement la fatigue et toutes les autres causes d'épuisement nerveux ; ce sont des prédisposés : ils ne sont en réalité pas malades, mais exposés à le devenir ; ils ne présentent habituellement aucun trouble morbide du système nerveux.

Mais à côté des gens simplement nerveux, et avant d'entrer dans la catégorie des malades proprement dits, il y a toute une série d'indisposés, atteints de troubles nerveux plus ou moins graves et fugaces, très variés, ne constituant pas toutefois des types définis et persistants d'une affection nerveuse déterminée ; à ceux-là qui ne sont, à vrai dire, ni hystériques, ni hypocondriaques, ni neurasthéniques, ni épileptiques, ni frappés de lésions organiques, mais qui ont tantôt une névralgie, tantôt la migraine, tantôt de légers vertiges, des troubles passagers de la sensibilité, de la courbature musculaire, des troubles dyspeptiques, des palpitations ou mille autres choses nerveuses, à ces indisposés irréguliers qu'on ne peut encore classer dans aucune catégorie nosologique, nous proposons de donner le nom vague et peu compromettant de *névropathes*. Ils le disent eux-mêmes d'ailleurs : ils souffrent des nerfs. Ce sont plus que des nerveux simplement

hyperexcitables ; ce ne sont pas encore des malades graves et surtout nettement définis.

Les désordres névropathiques dont ils sont atteints peuvent exister isolément : ainsi on voit des gens nerveux qui n'ont que des névralgies et même une seule, toujours la même ; d'autres ont des palpitations ou des troubles dyspeptiques et rien que cela ; d'autres de l'insomnie ou des maux de tête ; il ne s'agit vraiment pas de maladies proprement dites, mais de simples accidents.

Mais le plus souvent ces divers accidents se groupent en séries qui ne sont pas toujours constituées de la même manière, et c'est ce qui fait la difficulté de les distinguer et de les classifier. Ces groupements sont ordinairement variables, selon les individus ou selon les causes qui ont produit l'état névropathique : les uns se composent de troubles cérébraux et de troubles gastriques associés, et c'est à ce groupement des plus fréquents qu'on a donné le nom de *maladie cérébro-gastrique ;* les autres comprennent des malaises cardiaques avec palpitations et étouffements, en même temps que des vertiges et de la céphalalgie ; on a voulu en faire un nouveau groupe à part sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque.* Enfin M. Bouchut a tenté de fixer, sous le terme vague et trop étendu de *nervosisme ;* un état général névropathique formé par la réunion de plusieurs de ces désordres névropathiques dont les combinaisons seraient des plus variées.

En réalité, ces névropathies diverses sont très diversement associées sans constituer jamais un véritable processus morbide nettement délimité, c'est-à-dire

dont les symptômes et l'évolution soient toujours les mêmes.

Toutefois on a pu isoler de toute cette collection de névropathies et de névroses protéiformes, un genre bien déterminé par la réunion toujours constante des principaux accidents qui le caractérisent : c'est à ce genre, aujourd'hui bien défini, que Beard a donné le nom de *neurasthénie*.

En effet, bien que la description de Beard n'ait pas séduit et convaincu tous les nosographes, bien que certains auteurs s'obstinent encore aujourd'hui à appeler neurasthéniques tous les gens « irritables, emportés, mécontents de leur sort », c'est-à-dire tous les gens dont le système nerveux est plus ou moins déséquilibré, bien que *neurasthénie* soit encore pour eux synonyme de nervosisme, d'état nerveux, d'irritation spinale ou de névropathie générale, les plus autorisés des neuropathologues s'accordent et conviennent à ne donner ce nom qu'à un ensemble, aujourd'hui bien défini, de symptômes toujours les mêmes, se produisant toujours sous les mêmes influences, ayant presque toujours la même évolution et constituant ainsi un véritable type nosologique.

Aussi faut-il réagir et protester contre l'opinion de certains auteurs modernes, qui insinuent volontiers que la neurasthénie de Beard n'est autre que « le groupement de toutes les névroses mal déterminées, devant comprendre tout ce qui n'est pas hystérie, chorée ou épilepsie. » Beard n'a pas fait que « réunir en un même faisceau et sous un seul mot tous ces états morbides, dont chaque variété portait un nom différent », il a décrit, grâce à une observation clinique très fine,

un type de maladie qu'il a rencontré fréquemment et pour lequel il a proposé le nom d'épuisement nerveux ou de neurasthénie. La meilleure preuve qu'il croyait décrire une nouvelle affection, c'est qu'il la croyait spéciale aux gens de son pays et l'avait appelée « nervosité américaine ».

Or, il s'est trouvé que ce nouveau mal américain comprenait la plus grande partie de ces symptômes nerveux également observés en Europe, mais non groupés, et divisés en autant de variétés qu'il y avait de noms pour les désigner ; puis on a remarqué bientôt que le nom de neurasthénie convenait à la plupart d'entre eux, et l'accord s'est presque fait sur ce nom qui a remplacé l'ancienne terminologie tout en prenant une signification beaucoup plus précise, qu'il faut prendre garde de corrompre en l'élargissant.

C'est ainsi que Arndt, en 1825, a tenté de transformer la neurasthénie en un état nerveux plus vague encore que les anciennes névroses protéiformes. D'après cet auteur, la neurasthénie « s'étend du symptôme, aspiration vague vers quelque chose de nouveau, jusqu'au syndrome épileptique ou hystérique ». Ce n'est plus de la nosographie clinique, c'est de la haute fantaisie pathologique : « neurasthénie par ci, neurasthénie par là, s'écrie-t-il, c'est la maladie à la mode ! »

« Neurasthéniques ces personnes irritables, emportées, mécontentes de leur sort, aspirant toujours à quelque chose de nouveau, même si cela ne vaut pas mieux que ce qu'elles ont : Socrate, Alexandre, Catilina, Vercingétorix, Auguste, Tibère, Séjan, Frédéric II, Voltaire, Robespierre, Kossuth, Garibaldi, Gambetta, Na-

poléon Ier, Pie IX, Luther, Loyola, Rousseau, tous des nerveux, des neurasthéniques !

« Neurasthéniques (car il y a des races, des peuples, des épidémies neurasthéniques), ces descendants énervés des Mérovingiens, Carlovingiens, Capétiens ; ces Egyptiens, ces Perses, ces Romains, ces Américains de la décadence. Les Allemands d'aujourd'hui ne sont pas non plus épargnés, non seulement en eux-mêmes, mais encore et surtout dans leur descendance. Voyez la fréquence croissante des suicides chez ces jeunes gens cultivés qui sortent des écoles ! voyez cet envahissement des affections mentales ! Les femmes sont toutes irritables, nerveuses ; bientôt on n'en trouvera plus une seule bien portante, même à la campagne.

« Neurasthéniques ces armées du salut, ces ligues d'antivivisectionnistes, tous ces névropathes qui cherchent toujours et partout la satisfaction de sentiments et d'aspirations exaltées, d'agitations morbides ! etc., etc. »

Névropathes ! oui, mais non pas neurasthéniques ! au moins d'après cette description.

Si certains auteurs tendent comme Arndt à généraliser et trop étendre l'état neurasthénique, d'autres au contraire s'efforcent de le restreindre en limitant ses conditions étiologiques et pathogéniques.

Ainsi que nous le verrons plus loin, M. Glénard n'admettrait volontiers pas de neurasthénie sans gastroenteroptose, ou sans altération préalable du tube digestif et des viscères abdominaux ; d'autres ne reconnaîtraient qu'aux troubles dyspeptiques, ou à certains désordres de la nutrition le droit de produire la neurasthénie. Cette affection ne serait plus alors qu'un

syndrome épisodique de ces différentes lésions primitives, et n'aurait aucun droit au titre d'entité nosographique.

Enfin, en dehors de ces opinions extrêmes, il est une catégorie de cliniciens qui, tout en conservant la description de Beard et admettant la réalité du type neurasthénique, sous prétexte de compléter le tableau primitif, y ajoutent chaque jour des détails qui ne font que l'obscurcir et ne sauraient y figurer qu'à titre de complications plus ou moins fréquentes.

Ainsi, pendant toute cette période qui va des premières descriptions de Beard à l'époque actuelle, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet, beaucoup d'erreurs et de fausses interprétations symptomatiques et pathogéniques ont été commises, la maladie de Beard a été exposée à de nombreuses vicissitudes. Elle a néanmoins survécu telle que Beard l'avait comprise et décrite, parce qu'elle avait été de sa part l'objet d'une étude clinique, méthodique et rigoureuse.

M. Charcot, dont la méthode clinique n'est pas moins rigoureuse, a largement contribué, dans son enseignement, à préciser davantage encore les traits de la nouvelle névrose et à la défendre contre les envahissements des descriptions encombrantes et obscures. Si Beard a été le père de la neurasthénie, on pourrait presque dire que M. Charcot, en France, en a été le parrain. Les nombreux neurasthéniques qui fréquentent la consultation de la Salpêtrière et qui constituent presque le quart des malades qui s'y présentent, lui ont permis de reconnaître l'importance et la fréquence de cette affection, d'en bien déterminer les symptômes fon-

damentaux auxquels il a donné le nom de *stigmates neurasthéniques*.

La maladie de Beard est donc bien une maladie nettement limitée et déterminée puisqu'elle a ses stigmates ; c'est dans ce sens, et d'après les notions que nous avons acquises en fréquentant le service du professeur Charcot, notre maître, que nous étudierons la neurasthénie.

CHAPITRE III

NATURE ET DÉFINITION

La neurasthénie doit être fondamentalement considérée comme une névrose générale, c'est-à-dire comme une maladie générale du système nerveux sans lésion anatomique connue, reconnaissant toujours pour cause l'action ordinairement primitive et constamment directe de certains agents sur les organes et les fonctions nerveuses ; elle a sa raison d'être dans un épuisement, une sorte de fatigue pathologique (Féré) des éléments nerveux et de leurs propriétés et se traduit par un ensemble de symptômes dont les principaux, appelés *stigmates neurasthéniques,* existent toujours en plus ou moins grand nombre et sont plus ou moins associés à d'autres

symptômes secondaires, c'est-à-dire, moins importants, dont le nombre est également limité et la nature définie.

On ne saurait en effet, sous peine d'embrouiller les choses, décrire, comme appartenant proprement à la neurasthénie, certains symptômes ou syndromes qui n'entrent dans le tableau qu'à titre de complications plus ou moins fréquentes.

On ne saurait surtout faire rentrer dans le cadre neurasthénique tous ces accidents névropathiques qui faisaient autrefois la part si belle au nervosisme et à la névrose protéiforme.

Enfin il faut encore distinguer au point de vue clinique la *neurasthénie commune* généralement acquise, de *certaines neurasthénies avec hérédité* dont l'évolution, le pronostic et même le traitement sont très différents.

Quant à faire de la neurasthénie un *syndrome nerveux* secondaire à d'autres maladies primitives, c'est aller contre l'opinion générale et surtout contre les faits précis sur lesquels elle est basée. La neurasthénie classique ne saurait être considérée comme une simple complication et en quelque sorte comme un épiphénomène de certains troubles viscéraux mécaniques ou chimiques ; elle n'est pas fatalement liée à ces états ptosiques des viscères abdominaux décrits par M. Glénard, comme étant la principale cause de l'épuisement nerveux. Elle ne résulte pas davantage, primitivement et essentiellement du moins, des auto-intoxications attribuées, par M. Bouchard, à la dilatation de l'estomac.

Elle n'est pas non plus la conséquence habituelle et

directe de certains états génitaux qui se traduisent surtout par de la spermatorrhée. Enfin on ne peut, à bon droit, dans le plus grand nombre des cas, la mettre sous la dépendance immédiate de l'anémie, de la chloro-anémie, ou de certaines constitutions diathésiques. Si elle s'accompagne fréquemment de quelques-unes de ces maladies, ce n'est pas une raison suffisante pour admettre qu'elle en provient. Il peut y avoir là de simples coïncidences, ou de réelles associations pathologiques : mais le plus souvent, certains de ces accidents ptosiques, dyspeptiques, génitaux, anémiques sont au contraire le résultat de l'épuisement neurasthénique.

Et si, dans quelques cas, la neurasthénie se développe secondairement à certaines maladies d'affaiblissement, de dénutrition, comme cela a lieu quelquefois dans les convalescences de maladies infectieuses ou dans le cours de maladies chroniques, elle n'en conserve pas moins son originalité propre, elle n'en est pas moins due à un épuisement direct, bien que secondaire, des éléments et des propriétés du système nerveux.

Il faut en effet bien savoir que la neurasthénie est toujours essentiellement un trouble primitif sinon immédiat du système nerveux dû à des causes qui agissent directement sur le système nerveux et se traduisant par des symptômes d'ordre exclusivement nerveux.

Quelle est exactement la nature intime de ce trouble nerveux ? A ce point de vue le champ des hypothèses reste ouvert.

S'agit-il d'un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux (Erb) ?

S'agit-il d'un défaut d'équilibre entre l'usure et la réparation du tissu nerveux (Beard) ?

Nous serions davantage tenté de nous rallier à une théorie physique qui résulterait des récentes expériences de M. Féré sur l'hystérie et la neurasthénie provoquées artificiellement par excès ou défaut d'excitation. Il s'agirait alors d'une modification de la vibratilité propre des éléments nerveux : cette vibratilité serait diminuée par épuisement consécutif à l'excès ou au défaut d'excitation, l'excitation n'étant autre que les vibrations extérieures (impressions périphériques) ou intérieures (phénomènes psychiques et végétatifs) qui constituent le fonds de la vie nerveuse. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point au chapitre pathogénie.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

La neurasthénie est la seule de toutes les grandes névroses connues qui puisse se développer et s'acquérir de toutes pièces, accidentellement, en dehors de l'hérédité. Non pas que l'hérédité ne joue aucun rôle dans l'affaire : elle est là, comme dans toute la neuropathologie, un facteur très actif quand elle

intervient : elle prédispose d'abord les descendants de nerveux à devenir neurasthéniques beaucoup plus vite et beaucoup plus facilement sous l'influence des moindres causes; elle communique en outre assez souvent aux accidents neurasthéniques un cachet et une allure particulière qui tantôt compliquent simplement la neurasthénie commune d'accidents surajoutés plus ou moins graves, tantôt déterminent une forme très spéciale dite *neurasthénie héréditaire*.

Mais, alors que l'hérédité est fatalement nécessaire pour expliquer l'apparition de l'hystérie, de la chorée, de l'ataxie et autres maladies organiques ou non du système nerveux, la neurasthénie peut s'en passer : des individus peuvent naître absolument sains, sans aucune tare nerveuse accusée, et devenir neurasthéniques par accident à la suite de surmenage nerveux ou d'autres causes.

Néanmoins tous les auteurs ne partagent pas absolument cette manière de voir. M. Féré, entre autres, admet déjà une certaine prédisposition chez l'individu, pour qu'il puisse un jour ou l'autre être atteint de neurasthénie. On pourrait encore dire ici : « n'est pas neurasthénique qui veut ». Chez un sujet idéalement sain, la fatigue, même excessive ou répétée, ne saurait aboutir au surmenage tel qu'on l'entend, c'est-à-dire à l'épuisement durable ou neurasthénie. Dans l'état physiologique normal, la fatigue aboutit seulement au sommeil, au besoin fatal de repos, et si le repos est lui-même physiologiquement normal, il répare suffisamment la fatigue pour éviter l'épuisement par excès de fatigue et défaut de réparation.

L'épuisement neurasthénique ne pourrait résulter

que d'un état pathologique de la fatigue normale, caractérisé par une insuffisance anormale de la réparation des forces.

Il faudrait donc déjà, pour devenir neurasthénique, par accident, en dehors de l'hérédité morbide évidente, une sorte de prédisposition névropathique consistant dans une déséquilibration préalable entre la dépense et la réparation. Cette manière de voir, à laquelle nous nous rangeons volontiers, serait presque à l'appui de la classification nosographique que nous avons proposée. Pour devenir neurasthénique il faudrait être au moins nerveux, sinon déjà névropathe, ou bien descendre de parents qui auraient été eux-mêmes nerveux ou névropathes.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il est important et pratique de savoir, c'est que la neurasthénie n'est pas une maladie fatalement héréditaire; qu'elle peut se développer sous l'influence de causes occasionnelles, et que par suite on peut l'empêcher, l'éviter et souvent la guérir.

En dehors de la prédisposition héréditaire que nous venons de signaler, d'autres circonstances peuvent, sans produire directement la neurasthénie, mettre l'organisme et le système nerveux en état de réceptivité pour cette affection. Ces circonstances jouent vraiment alors le rôle de *causes prédisposantes* : on les rencontre, à tout instant, dans les conditions particulières et les nécessités sociales de la vie moderne.

Nous avons eu l'occasion d'étudier et de décrire en détail ces causes ordinaires qui développent la prédisposition aux accidents nerveux dans un livre de vulgarisation sur « l'hygiène des gens nerveux » :

nous y emprunterons quelques passages en insistant particulièrement sur les causes qui favorisent surtout l'éclosion de la neurasthénie.

« Ce qu'on appelle le tempérament nerveux, n'est autre qu'une prédisposition morbide à être atteint d'accidents ou de maladies nerveuses. Or, ce tempérament nerveux peut être assurément transmis par l'hérédité : mais il peut aussi s'acquérir et se développer accidentellement chez un sujet antérieurement sain, au point de vue du système nerveux.

Un enfant peut naître avec ce tempérament nerveux: mais un adulte de nature calme, de constitution jusque-là vigoureuse, peut, à la suite de certaines causes spéciales, acquérir ce tempérament nerveux, cette prédisposition spéciale aux accidents névropathiques les plus variés. On peut naître nerveux; mais on peut naître parfaitement sain à ce point de vue et devenir un jour ou l'autre nerveux, névropathe et neurasthénique.

« Comment peut-on devenir nerveux ? La cause des causes, c'est l'épuisement des forces nerveuses par excès d'excitation, c'est la fatigue par excès de fonction nerveuse.

« Le système nerveux, dans toutes ses manifestations, intellectuelles, morales, sensorielles et végétatives, devient malade quand il est surmené : c'est pourquoi nous voyons au point de départ de tous les accidents nerveux, tantôt le surmenage intellectuel, tantôt les émotions et les fatigues morales, tantôt l'abus des excitants sensoriels, tantôt l'affaiblissement général de l'organisme par les maladies ou la misère. »

Le surmenage intellectuel, tel qu'on l'entend d'ordi-

naire ne saurait évidemment se produire chez l'enfant : cependant, il existe de déplorables habitudes d'éducation hâtive qui ont souvent pour résultat de fatiguer, de surmener dès le premier âge, le cerveau si délicat et si facilement impressionnable de l'enfant. On se fait trop souvent un jouet de ce petit être et, sous prétexte de l'amuser, de développer plus vite ses facultés sensorielles et intellectuelles, on l'excite à rire, on l'engage de bonne heure, par toutes sortes de manœuvres, à essayer ses premiers gestes et à proférer ses premières paroles.

Et le danger est d'autant plus grand qu'il est plus facile à réaliser chez les enfants déjà nerveux et excitables. C'est chez ceux-là qu'on dit plus éveillés et plus intelligents, qu'on obtient le plus aisément ces premières réactions, ces premières manifestations de la vie nerveuse qui sont autant de causes de fatigue.

Le surmenage scolaire, dont on a tant abusé, n'est pas encore le véritable surmenage, ainsi que l'a justement fait remarquer M. Charcot. Néanmoins, on a eu raison d'exagérer ses dangers, de protester contre la surcharge des programmes et de faire un retour en arrière, vers les procédés d'éducation physique des anciens. D'ailleurs, les accidents nerveux auxquels les abus scolaires peuvent conduire, en dehors d'une hérédité notoire, ne sont le plus souvent que des névropathies telles, par exemple, que la céphalée des adolescents.

Le surmenage ou mieux, la fatigue des fonctions intellectuelles ne peut, pendant ces premières périodes de la vie, que jouer le rôle de cause prédisposante par rapport à la neurasthénie.

Il en est de même du *surmenage moral :* d'ailleurs les émotions morales dont les premiers âges sont capables n'ont pas l'intensité qu'elles revêtent d'ordinaire aux âges mûrs de la vie. La frayeur, qu'on incrimine si souvent comme cause d'accidents nerveux plus ou moins graves, n'agit ordinairement qu'en présence d'une hérédité manifeste. Toutefois chez les enfants qui sont très accessibles à ces impressions, les récits terrifiants, les contes fantastiques, les craintes religieuses exagérées peuvent être le point de départ d'une impressionnabilité extrême et maladive. Chez les adolescents, les histoires de sentimentalité résultant d'une imagination exaltée par la lecture de romans absurdes, le développement de l'instinct sexuel et les obstacles à la réalisation des projets amoureux, chez d'autres les excès d'une éducation religieuse aboutissant parfois au mysticisme, sont autant de causes qui favorisent l'évolution du tempérament nerveux.

Mais le véritable surmenage moral ne se fait que plus tard sous d'autres formes qui n'en sont pas moins dangereuses. « Toutes les passions, dit Bouchut, surtout celles que l'on qualifie de passions dépressives, le remords, la jalousie, la haine, l'envie, l'avarice et l'ambition, les chagrins prolongés, les revers de fortune, les déceptions du jeu et de la politique, toutes ces impressions morales altèrent notablement la santé » et prédisposent aux désordres nerveux.

En effet il est rare que les causes morales aient une action déterminante directe et exclusive sur l'éclosion de la neurasthénie elle-même : on a cité cependant des observations où la seule cause avait été

une émotion ou une série d'émotions morales vives ou prolongées ; nous avons eu nous-même l'occasion de traiter un cas de neurasthénie à forme rhumatismale développée chez une jeune fille, il est vrai héréditaire, à la suite de chagrins d'amour et de projets de mariage longtemps empêchés.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des émotions morales pénibles c'est-à-dire dépressives : mais les *excitations agréables et gaies du plaisir* peuvent également, par leur répétition ou leur intensité, devenir de véritables causes prédisposantes de la neurasthénie : car tout plaisir est une excitation et toute excitation est fatalement suivie d'un épuisement proportionnel. La musique qui, chez certains névropathes, peut occasionner des syncopes, des angoisses, des crises de larmes et même des souffrances aiguës, ne peut qu'accentuer la prédisposition. La musique moderne surtout, le plus souvent savante et recherchée, outre qu'elle exige, pour son étude et son interprétation, une réelle et quelquefois excessive tension intellectuelle, possède en outre, grâce à ses multiples et parfois très bruyantes combinaisons harmoniques, la malheureuse propriété d'être énervante et trop fatigante pour les nerveux et les névropathes : dans ces conditions, elle constitue une nouvelle cause de fatigue et d'épuisement.

Les théâtres et spectacles peuvent, il est vrai, dans certains cas, rendre de réels services au système nerveux surmené par les affaires, les soucis ou les tristesses de la vie : « Le rire repose ; sous son influence, la contention d'esprit se résout, le cours des idées change et la fatigue disparaît », mais trop souvent

aujourd'hui « amuser semble être le moindre souci de nos écrivains dramatiques ; soutenir une thèse de philosophie ou d'histoire naturelle leur paraît un but plus original. » Non seulement cela, les tendances réalistes de l'école littéraire moderne poussent l'excès jusqu'à produire sur la scène les passions ou les vices les plus malsains, les réalités les plus tristes de la vie, les maladies même les plus navrantes. On aime à donner en spectacle le tableau des plus noires misères ou des folies les plus extravagantes : on est allé jusqu'à jouer au théâtre l'hystérie, l'épilepsie et la folie. Le théâtre n'est plus alors un lieu de distraction, de récréation et de repos : il devient, une véritable école de maladie, en dehors des excitations morales plus ou moins vives qu'il produit. Il faut en outre ajouter à ces inconvénients les plus mauvaises conditions hygiéniques de ces salles de spectacle, la fatigue des yeux, l'heure tardive à laquelle se terminent les représentations, et l'on comprend l'influence nocive que le théâtre peut exercer pour prédisposer aux désordres nerveux.

Si l'on peut considérer comme des excitations agréables celles qui résultent de l'usage de certains *stimulants*, tels que le café, le thé, l'alcool, le tabac et de certains *médicaments*, tels que l'opium, la morphine, la cocaïne et l'éther, c'est le moment de parler du rôle que peuvent jouer ces substances dans la constitution de l'état neurasthénique.

On ne saurait assurément incriminer l'une ou l'autre d'être la cause directe et exclusive de cette affection, mais il est hors de doute que les unes et les autres peuvent intervenir activement pour favoriser l'éclosion

des accidents. On ne connaît pas à vrai dire de neurasthénie caféique, alcoolique, nicotinique ou morphinique, mais l'abus de ces stimulants divers est une réelle et puissante cause d'épuisement, si l'on considère surtout que le goût exagéré, sinon la passion pour ce genre de plaisirs, est déjà le propre des névropathes.

Aussi est-il souvent difficile de faire le point de départ véritable de l'état neurasthénique associé aux phénomènes de ces diverses intoxications. La neurasthénie peut être venue d'autres circonstances et avoir favorisé l'évolution de ces habitudes toxiques ; il n'en est pas moins vrai que ces habitudes, chez des individus non encore neurasthéniés, les prédisposent considérablement à le devenir.

D'autre part, l'abus du café, du thé, des liquides alcooliques et du tabac ne peuvent qu'ajouter aux désordres neurasthéniques la série des accidents auxquels ils exposent.

C'est à l'abus et à la généralisation du thé et du café que Krishaber attribue une grande part dans la production de cette variété clinique de la neurasthénie, qu'il a décrite sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque*. « J'ai interrogé, dit-il à ce sujet, tous mes malades sans exception, et je puis affirmer que presque tous ont fait grand abus, ou au moins usage exagéré, de café, de thé et quelques-uns de tabac. »

Bien que la question du tabac soit encore controversée, on ne saurait nier que l'action du tabac est physiquement et chimiquement excitante : physiquement, par les sensations olfactives et gustatives qu'il procure ; chimiquement, par la nicotine qu'il contient et dont les propriétés convulsivantes sont bien connues.

Sans faire du tabac un « procédé de suicide national », on ne saurait considérer l'usage et surtout l'abus de cette plante comme absolument inoffensif. Il est de notoriété : 1° que les personnes qui usent pour la première fois du tabac éprouvent les symptômes d'un véritable empoisonnement ; 2° que les ouvriers qui le manient sont frappés eux-mêmes ou dans leur descendance de nombreux troubles nerveux ; 3° que les écoliers qui s'y adonnent de bonne heure deviennent paresseux et incapables, et que les grands fumeurs sont les plus mauvais élèves ; 4° qu'enfin l'abus du tabac détermine, chez la plupart, des vertiges, des céphalalgies, de l'amblyopie et même de l'angine de poitrine. Serait-il dès lors possible de nier la part qu'il peut prendre à l'éclosion ou à l'aggravation des phénomènes d'épuisement du système nerveux.

L'alcool et les boissons alcooliques sont d'autant plus à redouter, qu'au début les malades menacés d'un affaiblissement progressif des forces ont tendance à y recourir pour relever leur énergie languissante : « En travaillant au-dessus de ses forces, l'homme moderne essaie de se soutenir et de remplacer l'énergie naturelle par des moyens artificiels : il a recours à l'alcool ; c'est alors la question du cierge qui brûle par les deux bouts. » Les névropathes sont, on le sait, très facilement alcoolisables ; alors surviennent les rêves pénibles, les cauchemars pleins d'animaux hideux, le tremblement, l'émotivité générale, qui sont autant de causes d'épuisement ; plus tard apparaissent les parésies, l'affaiblissement musculaire général, qui compliquent la situation. L'alcool prédispose donc à la neurasthénie d'autant mieux que les menacés de neurasthénie s'y

adonnent plus volontiers. D'ailleurs l'alcoolisme est un des facteurs les plus importants de toute l'étiologie neuropathologique et s'il n'aboutit pas directement à la neurasthénie dans l'individu, il peut conduire la descendance à tous les désordres névrosiques et même organiques du système nerveux.

Quant au morphinisme, au cocaïnisme et à l'éthéromanie, qui sont le plus souvent des états secondaires à d'autres maladies nerveuses, s'ils constituent de nouvelles causes d'épuisement pouvant aboutir à la neurasthénie, ils se développent plutôt au cours de l'affection à titre de complication redoutable.

Enfin, nous verrons bientôt que l'abus des plaisirs génitaux est une cause prédisposante active, sinon primitivement déterminante de la maladie de Beard.

Le *surmenage sensoriel*, c'est-à-dire les excitations intenses ou répétées des divers sens, sont également des causes d'épuisement du système nerveux qui, si elles sont incapables de créer à elles seules la neurasthénie, n'en sont pas moins très favorables à son apparition. On sait en effet que toute excitation sensorielle, toute sensation perçue ou non, produit un ébranlement du système nerveux tout entier et met en jeu toutes les fonctions de l'organisme (expériences de Féré dans « *Sensation et Mouvement* ») ; or cet ébranlement par excitation périphérique est toujours suivi d'une dépression et d'une fatigue proportionnelles à l'intensité et à la multiplicité des excitations.

On comprend dès lors comment les impressions cutanées de températures trop vives ou trop longtemps prolongées, comment les excitations abusives du goût par les raffinements d'une cuisine trop variée, et celles

de l'odorat par les émanations de parfums plus ou moins capiteux ou de vapeurs irritantes, comment les sensations lumineuses intenses, multicolores ou multiformes, comment enfin les bruits assourdissants, multiples, trop violents ou prolongés peuvent, dans certaines conditions, déterminer un véritable surmenage des sens qui prédispose, s'il ne conduit pas directement, à l'épuisement nerveux.

En un mot tout surmenage, c'est-à-dire toute fatigue aboutissant à l'épuisement d'une ou plusieurs fonctions du système nerveux, prépare le terrain et favorise le développement de la neurasthénie.

C'est ainsi qu'en dehors des fonctions nerveuses intellectuelles, morales et sensitivo-sensorielles, le surmenage des fonctions musculaires, les excès même de la vie végétative, peuvent agir dans le même sens. Les exercices physiques immodérés, certaines conditions du travail moderne dans les professions manouvrières ou les grandes industries, et la fatigue corporelle qui en résulte, peuvent être considérés dans certains cas comme de véritables causes prédisposantes ; de même la fatigue des fonctions circulatoires et respiratoires, mais surtout des fonctions digestives, les excès de table, peuvent aboutir à un affaiblissement de l'organisme qui le rend plus accessible aux autres causes de neurasthénie.

C'est ainsi d'ailleurs qu'agissent certaines maladies chroniques telles que l'anémie, les dyspepsies et les affections utérines qui retentissent sur la nutrition générale, débilitent l'économie et favorisent l'épuisement nerveux ; ces maladies chroniques ne sont vraiment pas la cause directe de la neurasthénie elle-

même, elles ne font que favoriser son développement; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point, en étudiant les différentes théories pathogéniques de cette affection.

Les maladies aiguës, infectieuses surtout, peuvent également faciliter l'épuisement neurasthénique par la débilitation générale qu'elles produisent; il n'est pas rare de voir la convalescence de ces maladies se compliquer quelquefois de cet état nerveux.

En résumé donc, toutes les causes qui affaiblissent le système nerveux directement ou l'économie tout entière, qui mettent l'organisme dans une sorte d'infériorité physiologique, d'amoindrissement des réactions vitales, toutes ces causes peuvent être considérées comme prédisposant à la neurasthénie.

Mais il est rare que chacune de ces causes agissant isolément, à moins d'être très intense, puisse déterminer d'emblée et à elle seule la maladie qui nous occupe : elle est due le plus souvent à la réunion et à l'action commune de toutes ces causes sur l'organisme plus ou moins prédisposé.

Or, on rencontre ces conditions d'excitation et d'épuisement particulièrement réunies dans les grands centres d'agglomération humaine, dans les grands foyers de civilisation, dans les pays où la lutte pour la vie est intense et c'est pour cela qu'on a d'abord observé la neurasthénie en Amérique où elle est tellement fréquente que Beard la considérait comme un privilège des habitants de ce pays et qu'il l'avait appelée « American nervousness » ou nervosisme américain. Mais, en réalité, la neurasthénie est une maladie de tous les climats et de toutes les contrées :

néanmoins, elle est surtout fréquente dans les grandes villes où se trouvent concentrées à l'envi les principales causes de cette maladie.

C'est en effet dans les grands centres d'agglomération que sont réunis et développés au maximum tous les genres de surmenage que nous venons de passer en revue.

Le surmenage intellectuel ? Les grandes villes ne sont-elles pas le foyer des lumières et des manifestations intellectuelles de tout ordre, scientifique, littéraire, politique, artistique, commercial, etc. ? C'est là que se réunissent et se groupent les esprits d'élite, savants, hommes de lettres, artistes, grands industriels, etc. C'est autour d'eux que s'agite la masse des intelligences qui lutte pour les égaler ou les surpasser ; leur présence, leur groupement en sociétés, leurs publications, leurs productions et leurs discours entretiennent dans ces centres une sorte de fermentation intellectuelle qui a quelquefois raison des cerveaux les mieux équilibrés et qui par suite neurasthénise facilement les cerveaux déjà fatigués des névropathes. Le surmenage intellectuel est donc très fréquent dans les grandes villes, dans tous les pays actifs et très avancés en civilisation : aussi n'est-il pas étonnant qu'il y fasse de nombreuses victimes.

Le surmenage moral n'y exerce pas moins de ravages : c'est à tout instant et à chaque pas qu'on rencontre ici des émotions de toutes sortes : c'est tantôt le spectacle de la misère, de la mort ou d'un accident, tantôt le récit d'un crime ou la nouvelle d'un désastre public ; d'un autre côté ce sont les distractions les plus variées, les fêtes les plus en-

traînantes et les plus bruyantes, les théâtres et les concerts, les courses et leurs paris, les plaisirs et les réunions mondaines, les cafés et leurs liqueurs excitantes, les femmes et la facilité de leurs mœurs ; en un mot, on y rencontre tout ce qui peut contribuer au surmenage moral d'ordre pénible ou agréable.

Le surmenage des sens y est aussi des plus actifs ! C'est encore à chaque instant et à tout pas le bruit des voitures qui roulent avec fracas sur les pavés, le sifflet des locomotives et autres machines à vapeur, la corne des tramways, les cris des marchands, les hurlements des réunions publiques et les bruits divers de la foule qni assourdissent constamment les oreilles. C'est la vue des objets les plus divers, des couleurs les plus voyantes, des formes les plus disparates, du mouvement en quelque sorte perpétuel des hommes et des choses, des lumières électriques, des étalages éblouissants, etc., autant de sensations lumineuses qui fatiguent les yeux et ne leur laissent aucun repos. C'est enfin pour les sens de l'odorat et du goût, les excitations multiples des parfums les plus variés et les plus capiteux, des mets les plus épicés et les plus raffinés, des liqueurs et des tabacs les plus recherchés et les plus enivrants. Si l'on ajoute à cela les mauvaises conditions de l'hygiène générale, les falsifications des produits alimentaires ou l'insuffisance de l'alimentation dans certains milieux, le manque d'air ou l'abus de l'air confiné, les nombreuses maladies par infection ou vice de nutrition, l'anémie, la scrofule, la tuberculose, la syphilis, etc., on obtient ainsi le bilan des diverses influences qu'exerce le séjour dans les grandes villes,

sur le développement de la prédisposition aux accidents neurasthéniques.

Maintenant ces causes diverses agissent différemment selon l'âge, le sexe et les conditions sociales des individus.

Age. — L'enfance et la première adolescence ne sont jamais atteintes de neurasthénie : alors même qu'il s'agirait de neurasthénie héréditaire, les symptômes classiques ne se développent que plus tard et la maladie ne se révèle, pendant ces premières périodes de la vie, que par des phénomènes nerveux variés dont le plus commun est la migraine; toutefois la forme héréditaire est plus précoce et peut apparaître entre 15 et 20 ans, quelquefois sans aucune cause appréciable.

La forme commune est une maladie de l'âge adulte et surtout de l'âge mûr ; c'est entre 25 et 50 ans qu'elle est le plus fréquemment observée, c'est-à-dire aux périodes actives et vraiment laborieuses de la vie ; cette nouvelle condition étiologique de la maladie de Beard est une nouvelle preuve de ses conditions pathogéniques habituelles, c'est-à-dire le surmenage par excès de fonction des diverses activités nerveuses.

Sexe. — La femme est-elle plus exposée que l'homme à la neurasthénie et cette maladie revêt-elle, dans le sexe féminin, une allure différente et spéciale? On peut, à ce point de vue, établir une légitime comparaison entre la neurasthénie et l'hystérie : les notions anciennes, qui ont si longtemps dominé au sujet de cette dernière maladie, sont aujourd'hui vivement combattues et presque réduites à néant. Loin d'être l'apanage exclusif de la femme, il sem-

blerait que l'hystérie est presque aussi fréquente chez l'homme et, en tous cas, qu'elle y est plus grave et plus tenace. Il en est à peu près ainsi de la neurasthénie : chez l'homme ce sont surtout les excès professionnels, intellectuels ou physiques, et les excès génitaux dans quelques cas, qui dominent l'étiologie de la neurasthénie : chez la femme, c'est plutôt le surmenage de ses facultés affectives, les désordres de ses fonctions sexuelles spéciales, les fatigues de la grossesse et de l'allaitement, les préoccupations de la maternité, etc., qui la conduisent à l'épuisement nerveux.

Il est néanmoins certain que chez la femme les fonctions spéciales qui lui sont confiées créent une véritable prédisposition au surmenage nerveux. La menstruation développe déjà, même à l'état normal, une sensibilité morale exagérée qui rend ces époques particulièrement favorables à l'éclosion des désordres névropathiques. La grossesse est souvent, chez elle, l'occasion de manifestations nerveuses quelquefois simplement bizarres, mais d'autres fois beaucoup plus graves. De nombreuses préoccupations de tout ordre assiégent ensuite la jeune mère, auxquelles se joignent les fatigues de l'allaitement. Et plus tard, que de soucis, de tourments et d'angoisses morales, l'enfant ne donne-t-il pas à sa mère ?

La femme est d'autre part douée d'une affectivité et d'une sentimentalité plus vives que l'homme : il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'elle soit, dans certains cas, plus exposée que lui aux diverses causes morales de la neurasthénie, et qu'elle soit ainsi devenue, dans la suite des temps, un être réellement plus sensible, plus délicat, plus impressionnable et,

par suite, plus prédisposé aux différents désordres du système nerveux. Toutefois, la maladie de Beard paraît être aussi fréquente dans l'un que dans l'autre sexe et la proportion des cas serait plutôt supérieure chez l'homme : d'autre part, il n'y a vraiment pas lieu de faire un type clinique à part de la neurasthénie féminine, pas plus que de l'hystérie, à moins que pour indiquer la ténacité exceptionnelle et la gravité ordinairement plus grande de ces deux affections dans le sexe masculin.

Professions. — Celles-ci jouent un rôle évident dans la production de l'épuisement nerveux : parmi les plus exposées, il faut citer les carrières libérales qui exigent une plus grande dépense intellectuelle et sont souvent l'occasion d'un véritable surmenage du cerveau. « Les jeunes gens qui sortent de Polytechnique et se cassent la tête dans des combinaisons de chiffres, sont souvent les victimes de cette affection » (Charcot). On la rencontre à la fin des études qui ouvrent les carrières libérales, surtout de celles qui nécessitent des concours et des examens difficiles : elle est également très fréquente parmi les médecins, les hommes de lettres, les peintres, les musiciens, les artistes dramatiques et les journalistes : cette dernière profession y est particulièrement sujette en raison du nombre considérable de prédisposés, névropathes ou dégénérés héréditaires, qu'elle contient, et des surmenages divers auxquels son exercice oblige ceux qui s'y consacrent tout entiers, n'ayant que ce moyen d'existence. Mais on l'observe aussi bien dans la grande industrie et le grand commerce où le maniement des grosses sommes, le calcul de grands intérêts, la recherche des

meilleures inventions, nécessitent quelquefois une grande tension d'esprit et une vraie suractivité fiévreuse de l'intelligence. La finance et la politique, avec les grandes responsabilités sociales et pécuniaires qu'elles comportent, n'échappent pas davantage aux menaces du mal.

Chez l'ouvrier dont les conditions d'existence sont souvent précaires, les excitations de l'alcool s'ajoutent ordinairement aux fatigues physiques pour aboutir à l'épuisement nerveux : néanmoins on a constaté, bien que rarement, de véritables neurasthénies par simple surmenage physique : dans cette classe, le travail de nuit et les multiples excitations des nouveaux procédés de fabrication par les machines, mais surtout les nombreux chocs auxquels ils sont exposés sont autant de causes spéciales d'irritation et de fatigue du système nerveux. Ainsi que nous le verrons plus loin, la neurasthénie est relativement fréquente dans la classe ouvrière : c'est un préjugé de croire que les névroses hystérique et neurasthénique sont l'exclusif apanage des classes privilégiées : « l'hérédité nerveuse n'est pas non plus l'exclusif privilège des grands de la terre, elle exerce son empire sur la classe ouvrière comme partout ailleurs. On ne saurait oublier d'ailleurs que la constitution psychique de ces individus est la même que la nôtre et que, comme d'autres, plus même peut-être, ils sont soumis aux conséquences perturbatrices des émotions morales pénibles et de l'anxiété qui s'attache aux difficultés de la vie » (Charcot).

D'autre part, les désœuvrés de la vie mondaine et des milieux aristocratiques ne sont pas absolument à

l'abri du danger : chez eux, c'est l'excitation continuelle du plaisir, des visites et des fêtes, c'est le souci de leur réputation, les préoccupations de leurs vices ou de leur oisiveté, qui se chargent de réaliser la déchéance nerveuse aboutissant à la neurasthénie.

Telles sont les conditions générales des faits, des individus et des milieux qui prédisposent à la neurasthénie et dont la réunion, dans des circonstances déterminées, peut engendrer l'épuisement nerveux.

Nous allons maintenant étudier quelles sont les causes vraiment déterminantes de cette affection.

CAUSES DÉTERMINANTES

Les principales sont : l'hérédité, le surmenage général du système nerveux et plus particulièrement le surmenage intellectuel, les émotions morales vives ou prolongées, les excès génitaux, le surmenage physique ou musculaire, les grands traumatismes et probablement certaines affections chroniques retentissant directement sur le système nerveux ou sur la nutrition générale.

Hérédité, — L'hérédité peut simplement prédisposer à la neurasthénie, si elle n'est pas très chargée, si les deux facteurs ne sont pas atteints de maladies nerveuses déjà bien accusées : mais elle peut engendrer et déterminer d'emblée cette névrose qui prend alors, ainsi que nous l'avons déjà dit, une allure spéciale qui lui a valu le nom de « *neurasthénie héréditaire* » et que nous décrirons plus loin. Tantôt l'hérédité intervient non pas pour engendrer la neurasthénie elle-même, mais pour déterminer, au cours de son évolution, une série d'accidents, ordinairement psychopathiques, qui

n'appartiennent pas à l'épuisement nerveux acquis, mais qui relèvent directement de l'influence héréditaire des ascendants. Parmi les maladies névrosiques ou organiques du système nerveux, d'où peut dériver héréditairement la neurasthénie, les plus communes sont la neurasthénie elle-même, l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme, un certain nombre de vésanies, la paralysie générale et l'ataxie locomotrice.

Mais le point capital de cette questiondesinfluences héréditaires dans la neurasthénie, c'est le rôle que joue la forme commune, c'est-à-dire acquise, de cette maladie dans la génération des autres maladies nerveuses. On peut dire que la neurasthénie est à la tête de tout l'arbre généalogique de la neuropathologie, non pas fatalement mais très fréquemment. La maladie de Beard peut assurément guérir et guérit souvent : mais il y a des formes graves qui persistent longtemps et pendant la durée desquelles la conception peut se faire. Si les parents sont en pleine neurasthénie au moment de la conception ou la mère pendant la grossesse, la descendance court les plus grands risques d'une tare héréditaire nerveuse. Il y a lieu de tenir compte ici, comme dans l'alcoolisme, de l'état neurasthénique des générateurs au moment de la conception et pendant la gestation.

Toutefois la neurasthénie peut n'avoir aucune conséquence héréditaire, si l'un des facteurs est intact ou si le facteur malade n'est atteint que d'une forme légère, ou bien encore s'il est entièrement guéri d'une forme plus ou moins grave d'épuisement nerveux.

Mais il n'en reste pas moins acquis que la neurasthénie est « le plus souvent le germe originel d'où

dérivent par développement ultérieur, pour se transmettre ensuite par l'hérédité, l'hystérie, l'hypocondrie, la mélancolie, la manie et l'aliénation » (Mœbius), qu'on peut la considérer « comme la forme initiale d'où dérivent toutes les autres névroses, comme la souche d'où émergent tous les rameaux de la grande famille névropathique » (Déjérine).

Si l'hérédité est divergente, elle peut ne rien déterminer ou ne produire qu'une forme atténuée et en quelque sorte régressive de l'épuisement nerveux, c'est-à-dire n'engendrer que des nerveux ou des névropathes.

Si, au contraire, elle est convergente, on peut observer chez les descendants des formes variées, sinon des plus graves des maladies classiques du système nerveux. Elle devient, selon Mœbius, « le cercle central des différentes névroses par lequel elles sont toutes reliées entre elles ».

Surmenage intellectuel. — C'est assurément ce genre de surmenage qui est à la tête de toutes les causes déterminantes de la neurasthénie accidentelle ou primitive. Le travail intellectuel est l'une des formes les plus fatigantes de l'activité nerveuse, « les longues méditations, disait Tissot, épuisent comme feraient des évacuations abondantes ». Mais comme nous l'avons déjà fait remarquer, le surmenage intellectuel ne se produit guère qu'à partir d'un certain âge ; il exige de réels efforts de volonté, un véritable surmenage de l'énergie morale, dont l'enfant et l'adolescent sont encore incapables, c'est pourquoi nous avons classé les excitations intellectuelles de ces âges parmi les causes simplement prédisposantes de la neurasthénie. Il n'en est plus de même à l'âge adulte,

où les excès de travail nécessités par les examens et les concours de certaines grandes écoles épuisent et neurasthénisent beaucoup de jeunes gens. Et dans la lutte pour la vie dont les conditions ne sont plus celles d'autrefois et où le cerveau joue aujourd'hui le principal rôle, les dangers du surmenage intellectuel se font surtout sentir dans les carrières dites libérales, où la neurasthénie est des plus fréquentes. Tout homme d'intelligence moyenne qui dépasse dix heures par jour de travail intellectuel et qui surtout ne varie pas ce travail, ne le combine pas à quelques occupations physiques, concentre son attention sur un point déterminé, pratique en outre la sédentarité et les veilles prolongées, se met ainsi dans les conditions les plus favorables à l'épuisement nerveux. Et il ne s'agit pas seulement du travail de composition musicale, d'imagination artistique, de description littéraire ou de recherches scientifiques ; les calculs et les combinaisons d'affaires, les préoccupations d'intérêt pécuniaire, les discussions et les affaires politiques, aboutissent au même résultat, fatigue intellectuelle et épuisement par excès d'excitation psychique. Ajoutez à cela l'abus que font les intellectuels des excitants caféiques, théiques, nicotiniques et alcooliques pour soutenir et développer leurs facultés de travail et vous aurez l'explication de la fréquence et de la facilité avec laquelle se produit la neurasthénie dans de telles conditions.

Les émotions morales jouent le plus grand rôle chez la femme : mais le plus souvent elles ne font que prédisposer : toutefois on a observé des cas où la neurasthénie s'est peu à peu développée à la suite d'émotions morales vives (ex. du charpentier qui

voit tomber son fils du haut d'un toit). M. Charcot nous a déclaré avoir observé des neurasthéniques qui ne reconnaissaient pour cause de leurs malaises qu'un seul accident de nature morale, telle que la perte d'un parent très aimé, la brusque déception d'une espérance longtemps caressée. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un financier qui eut un accès de neurasthénie en voyant échouer un projet d'alliance dans laquelle il n'entrait pas personnellement mais qu'il avait lui-même préparée avec beaucoup de peine et à laquelle il s'était vivement intéressé. En tous cas, ce qui est certain, c'est que les émotions morales pénibles (chagrin, soucis d'argent, revers de fortune, espoirs déçus, amour contrarié, etc.), ou agréables (plaisirs de toutes sortes), peuvent par leur répétition et leur continuité, plus encore que par leur brusquerie et leur intensité, aboutir peu à peu à la neurasthénie.

Surmenage général du système nerveux. Nous entendons par là la mise en jeu de toutes les causes d'excitation et d'épuisement qui se trouvent réunies dans certaines conditions de l'existence, et plus spécialement par le séjour et l'exercice de professions intellectuelles au milieu des grandes villes. Nous avons étudié déjà ces conditions : le surmenage cérébral, moral, sensoriel et souvent physique qu'elles réalisent sont les meilleures causes, les plus directes et les plus fréquentes de la maladie de Beard.

Surmenage musculaire. Beaucoup d'auteurs ont négligé ou mis en suspicion cette nouvelle cause d'épuisement nerveux. Elle est cependant dans la logique des choses : le système musculaire est sous

la dépendance directe du système nerveux ; on ne saurait fatiguer l'un sans fatiguer l'autre ; on ne saurait d'autre part exiger des deux à la fois une égale quantité de travail sans surmener les forces nerveuses. Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que les fatigues musculaires excessives ou trop longtemps continuées puissent déterminer la neurasthénie. D'ailleurs, il existe des observations précises qui démontrent bien l'influence de cette cause. Nous observons en ce moment un vertigineux de Ménière également menacé de neurasthénie et qui en a déjà l'insomnie, la rachialgie et les sensations de courbature. C'est un partisan enthousiaste des exercices physiques : sitôt qu'il sent son état nerveux s'aggraver, il quitte les affaires et va se livrer à la campagne à ses occupations favorites, le canotage et l'escrime. Il nous a raconté que dernièrement, après un exercice violent (il s'était amusé à abattre un gros arbre dans sa propriété) il avait été pendant trois jours beaucoup plus souffrant, éprouvant la céphalée classique et des troubles dyspeptiques, avec une véritable courbature douloureuse; il nous a décrit un véritable accès de neurasthénie passagère, évidemment déterminé par le surmenage musculaire. Enfin, la neurasthénie s'observe quelquefois chez des manouvriers qui ont fait de véritables excès de travail physique, et chez lesquels on ne trouve aucune des autres causes ordinaires de l'épuisement nerveux.

Traumatisme. Y a-t-il une neurasthénie traumatique simple, c'est-à-dire, le traumatisme peut-il déterminer la névrose neurasthénique type et isolée sans autre complication ? M. Charcot, qui a bien voulu

nous communiquer ses impressions sur les points les plus importants de notre étude, nous a répondu affirmativement à cette question. On en trouve d'ailleurs d'intéressantes observations dans le dernier volume des « Leçons du Mardi ».

L'intéressante histoire des névroses traumatiques que nous nous proposons d'exposer bientôt, et sur laquelle nos maîtres, MM. Charcot et Brouardel, ont jeté une si vive lumière, comporte la solution d'importants problèmes, tant au point de vue nosographique que médico-légal. Les médecins allemands, qui ont défendu avec tant d'opiniâtreté la doctrine d'une névrose traumatique spéciale, se rallient chaque jour davantage à l'opinion de M. Charcot, que le traumatisme ne fait que réveiller, que mettre en lumière, une des névroses classiques enfouie par l'hérédité au fond de l'organisme traumatisé, et plus particulièrement l'hystérie, parce que c'est la plus répandue des névroses. Mais le traumatisme peut, au même titre, faire apparaître la chorée ou la paralysie agitante chez un individu qui la portait à l'état latent.

Les névroses traumatiques ne sont que des névroses classiquement connues, déterminées par le traumatisme ; elles n'ont aucune originalité propre, aucun stigmate spécifique.

Le traumatisme n'est d'ailleurs qu'une cause banale, évidemment incapable de créer brusquement de toutes pièces une entité nosographique particulière ; s'il en était ainsi, chaque espèce de traumatismes devrait engendrer une espèce nouvelle de névrose traumatique ; mais n'insistons pas davantage sur la théorie générale de cette question.

Dans le cas particulier, la neurasthénie, névrose aujourd'hui bien définie, peut résulter directement d'un traumatisme, au même titre que l'hystérie. Y a-t-il alors une prédisposition héréditaire? ou bien le choc peut-il, sur un sujet absolument sain antérieurement, déterminer l'évolution d'une neurasthénie primitive? Ce qui est certain, c'est qu'en général la neurasthénie primitive et simple comme conséquence directe d'un traumatisme, n'est pas la forme communément observée; le plus souvent il s'agit d'hystéro-neurasthénie, c'est-à-dire d'une combinaison des deux névroses l'hystérie et la neurasthénie, quand celle-ci se développe à la suite d'un traumatisme. Mais ce qui est également certain c'est que, dans ces cas, l'apparition des phénomènes hystériques subit une sorte d'incubation, pendant laquelle on observe les symptômes neurasthéniques. En un mot, l'hystéro-traumatisme, ainsi que l'a justement appelé M. Charcot, est ordinairement précédé d'une période plus ou moins longue, mais exclusivement neurasthénique. Puis les accidents des deux névroses se combinent pour donner lieu à cette forme clinique, qui porte le nom d'hystéro-neurasthénie, mais qui peut également se développer en dehors du traumatisme. En résumé, les chocs traumatiques peuvent déterminer la neurasthénie simple; mais le plus souvent ils déterminent une neurasthénie qui se combine plus tard avec l'hystérie: c'est l'hystéro-neurasthénie qui est la forme la plus fréquente de la neurasthénie d'origine traumatique.

Excès génitaux. On a, de tous temps, fait jouer un rôle assez important à l'abus des plaisirs sexuels dans

l'étiologie des désordres nerveux. Mais il est utile de remarquer avec Féré que « ne fait pas d'excès sexuels qui veut » : il faut une certaine prédisposition maladive; la plupart des individus de tempérament nerveux sont portés à abuser des plaisirs génitaux et ces excès produisent, chez eux, de douloureux retentissements. La répétition exagérée de l'acte sexuel donne lieu à des maux de tête accompagnés d'une sorte d'impotence intellectuelle et quelquefois d'étourdissements ou de vertiges ; on observe, en outre, une courbature générale avec douleurs dans les jambes et dans les reins et un engourdissement parétique des membres inférieurs ; en un mot, les abus sexuels produisent, chez les névropathes qui y sont portés, un véritable état neurasthénique passager, que la persistance de ces abus peut évidemment rendre définitif.

D'autre part, la neurasthénie s'accompagne d'accidents génitaux consistant le plus souvent dans l'impuissance sexuelle, mais quelquefois dans une certaine hyperexcitabilité génésique et s'accompagnant, plus tard, de pollutions involontaires et de spermatorrhée. Dès lors, dit Lasègue, « cet accident devient un trouble immense, une véritable calamité qui empoisonne la vie ; les malades deviennent sombres et mélancoliques, ils ont des étourdissements fréquents et déclarent qu'ils ne peuvent se livrer à aucun travail sérieux. »

Les abus et les désordres du sens génital ont donc, en réalité, une part importante dans la détermination et l'aggravation de l'état neurasthénique. Toutefois, il existe des cas où il est difficile de faire la part exacte de leur intervention ; ils peuvent n'être, dans

certains cas, qu'un accompagnement et même qu'une conséquence d'une neurasthénie développée sous d'autres influences. En général, ils exagèrent les phénomènes spinaux, et déterminent plutôt le type clinique auquel on a donné le nom de myélasthénie.

On a fait remarquer que, parmi les excès génitaux, les plus dangereux étaient précisément les excès contre nature, les excitations manuelles, les coïts incomplets, l'onanisme conjugal et la pédérastie ; on a observé la fréquence de la neurasthénie chez les pédérastes actifs. Mais rien n'est plus logique : il faut un trouble anticipé du sens génital qui pousse à rechercher ces excitations anormales de l'acte génésique : dès lors, le terrain est favorable et facilite l'éclosion des accidents nerveux qui peuvent être la conséquence de ces abus.

Maladies locales ou générales. — Nous allons enfin aborder un des points les plus discutés de l'étiologie et de la pathogénie de la neurasthénie, à savoir, le rôle que jouent les maladies de certains viscères, ou de la nutrition générale dans la détermination de cette affection.

Il est indiscutable que toutes les causes de débilitation générale de l'organisme mettent le système nerveux dans un état d'infériorité physiologique qui peut aboutir à l'épuisement.

A ce titre, *l'anémie et la chloroanémie*, qui sont trop souvent à la légère considérées comme l'exclusif point de départ de certains accidents névrosiques, peuvent, par diminution de la crase sanguine, débilitation générale des forces et ralentissement de la nutrition, jouer le rôle de causes prédisposantes actives,

mais non de causes déterminantes primitives. Et ce diagnostic étiologique n'est pas de petite importance, au point de vue thérapeutique. Plus souvent l'anémie résulte de l'état neurasthénique, qu'elle ne le produit. Si les symptômes anémiques précèdent les désordres nerveux, et qu'ils viennent d'une autre cause, ce n'est pas une raison pour admettre qu'ils les produisent à leur tour, directement. Mais ordinairement ils coïncident, et le fait qu'ils paraissent intimement liés, s'aggravant parallèlement et s'améliorant de même, n'est pas davantage une preuve de leur dépendance étiologique. La crase sanguine est elle-même sous la dépendance du système nerveux, qui est, dans le plus grand nombre des cas, primitivement atteint.

Il est juste cependant de reconnaître qu'il existe des dyscrasies sanguines primitives ou secondaires à d'autres affections (hémorrhagie, malaria, etc.) et qui s'accompagnent de désordres nerveux variés ; mais, à moins de conditions spéciales, ces désordres ne constituent pas la véritable névrose neurasthénique.

Les maladies aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc., peuvent être suivies d'épuisement nerveux donnant lieu à de véritables *neurasthénies de convalescence*.

C'est encore au même titre que certaines *maladies générales* chroniques, la syphilis et le diabète, par exemple, certaines *diathèses* et particulièrement l'arthritisme, peuvent, en débilitant profondément l'économie et ralentissant la nutrition générale, affaiblir le système nerveux et le rendre plus accessible aux diverses causes d'épuisement qui font la neurasthénie.

Le nervosisme secondaire de M. Fournier prend

souvent l'aspect neurasthénique ; cela ne veut pas dire qu'il y ait des neurasthénies syphilitiques, diabétiques, rhumatismales, etc. Dans tous ces cas, ces maladies diverses agissent comme causes prédisposantes actives, ou bien comme causes déterminantes secondaires, si la prédisposition névropathique existait antérieurement. En tous cas, elles agissent, non à titre de cause spécifique, mais simplement par affaiblissement général et diminution de la résistance du système nerveux.

En est-il ainsi d'autres maladies organiques viscérales auxquelles on a attaché beaucoup plus d'importance dans l'évolution de la neurasthénie, en ces dernières années, c'est-à-dire des maladies utérines et de certaines affections des viscères abdominaux ?

Pour ce qui est des *maladies utérines*, leur coïncidence assez fréquente avec la neurasthénie chez la femme a fait penser qu'elles pouvaient en être le point de départ. Chez la femme, quand il existe des accidents nerveux, on a trop souvent la mauvaise habitude de croire qu'il faut toujours chercher l'utérus. N'a-t-on pas, pendant des siècles, rattaché la grande névrose hystérique aux désordres fonctionnels ou organiques de l'utérus? La même erreur tendrait à se faire jour pour la neurasthénie chez la femme, et cette erreur aurait de graves inconvénients thérapeutiques. On s'attacherait à traiter un accident local qui n'a souvent que très peu de chose à voir avec l'épuisement nerveux général. Or les maladies les plus graves de l'utérus, même celles qui s'accompagnent de débilitation générale des forces, sont celles qui se compliquent le moins de neurasthénie ; elles aboutissent plutôt à

la cachexie. Au contraire, certaines affections légères des organes génitaux de la femme peuvent coïncider avec la névrose, peut-être même dans certains cas, la déterminer. Elles agissent alors par impression morale : la femme qui en est atteinte s'en préoccupe à l'excès, se contrarie de ne pouvoir la guérir assez vite, et de cette préoccupation morale, de cette contention d'esprit sur un mal local bénin, peut résulter la série des accidents neurasthéniques, s'il s'agit surtout d'une prédisposée.

Quant aux *troubles gastriques*, ils sont tellement fréquents dans la neurasthénie, que tout naturellement ils ont éveillé les soupçons de ceux qui ne voient que les phénomènes sans essayer de remonter à leurs causes originelles. On a eu vite fait de les incriminer ; c'était d'ailleurs facile ; les malades, les premiers intéressés, les accusaient eux-mêmes ; c'était leur pire ennemi, tout le reste venait de là. Et puis la tradition des vieilles doctrines fournissait un puissant appui à cette manière de voir. Galien ne faisait-il pas venir l'hypocondrie des viscères abdominaux ? Broussais n'avait-il pas écrit : « L'irritation des organes de la digestion est ce qui ouvre la scène dans l'hypocondrie » (Troisième examen, t. I, prop. CCCXLIII) ? Et plus récemment Beau ne rattachait-il pas inévitablement l'un à l'autre la dyspepsie, l'anémie et la névropathie : « La dyspepsie marche en tête ; c'est elle qui ouvre la voie à cette trinité pathologique. »

Il suffisait de rajeunir ces vieilles théories, de leur donner une forme plus moderne, pour en faire les théories pathogéniques de M. Glénard et de M. Bouchard, à l'examen desquelles nous allons nous arrêter.

Mais auparavant, et pour terminer l'étude des causes de la neurasthénie, nous devons convenir qu'il existe des dyspepsies primitives, peut-être même des altérations mécaniques de la statique abdominale, enfin des dilatations de l'estomac avec auto-intoxications qui peuvent provoquer l'apparition des désordres neurasthéniques. Là encore, ces causes n'agissent qu'en produisant un épuisement nerveux par altération de la nutrition générale, et plutôt à titre de causes prédisposantes que réellement et primitivement déterminantes.

Mais, de là à mettre entièrement la neurasthénie sur le compte de ces accidents dyspeptiques, mécaniques ou chimiques, de là à faire de la neurasthénie un accident toxique, une conséquence immédiate et constante de ces lésions viscérales, il y a un abîme que nous ne saurions franchir, sans l'avoir examiné de plus près.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Trois théories se disputent l'honneur d'expliquer le mécanisme pathogénique qui préside à l'évolution des accidents neurasthéniques : 1° la théorie mécanique

de M. Glénard ; 2° la théorie chimique de M. Bouchard ; 3° la théorie nerveuse de M. Beard.

Théorie de M. Glénard. Elle se résume ainsi : « La neurasthénie est le syndrome de l'entéroptose ; l'entéroptose est, en général, la cause de la neurasthénie. » Qu'est-ce que l'entéroptose ? (*enteron* intestin, *ptosis* chute) ? c'est une chute, un prolapsus de l'intestin. Le sens du mot doit être généralisé : car M. Glénard a plutôt compris sous ce nom toutes les splanchnoptoses abdominales, c'est-à-dire, « les prolapsus ou chutes des organes contenus dans la cavité abdominale à la suite soit du relâchement des différents ligaments qui les soutiennent, soit d'une hypotension de la paroi abdominale, devenue flasque et dépressible. »

Nous ferons d'abord remarquer que ces désordres de la statique abdominale avaient été déjà entrevus et même très bien décrits par M. Guéniot, en 1879, dans un remarquable mémoire à l'Académie de médecine sur le « prolapsus pariéto-viscéral. » Ce simple mot indique bien que M. Guéniot avait en vue tant les prolapsus de la paroi que des viscères abdominaux.

Mais que vient faire l'entéroptose dans la neurasthénie ? M Glénard avait remarqué que la neurasthénie n'était « qu'un syndrome morbide dans lequel tous les systèmes, tous les appareils, tous les organes sont en souffrance sans que pourtant l'on puisse reconnaître aucune maladie organique déterminée, ni déceler par le diagnostic ou l'épreuve thérapeutique aucune localisation de système, d'appareil ou d'organe ; on est alors convenu d'incriminer le système nerveux général, en d'autres termes, de dire qu'il n'y a pas de localisation. »

Or il fallait une localisation à cette nouvelle maladie ; la fréquence des troubles gastriques fit penser à M. Glénard que cette localisation pouvait être dans les appareils digestifs et il chercha de ce côté. Est-il nécessaire de faire remarquer en passant que l'hystérie, la chorée et d'autres névroses n'ont pas davantage de localisation et n'en sont pas moins des types pathologiques bien déterminés ?

Les recherches, certainement intéressantes, de M. Glénard sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique des rapports de l'intestin et des organes de la cavité abdominale, « recherches auxquelles il fut conduit pour déterminer la pathogénie de certaines dyspepsies et de leurs symtômes neurasthéniques » aboutirent aux conclusions suivantes, dont nous empruntons le résumé à la *Revue de Médecine* (janvier 1887) :

« Dans la neurasthénie confirmée, l'exploration méthodique du mésogastre décèle quatre signes importants : 1° flaccidité de l'abdomen (diminution de tension, ballottement, ventre en besace, en gourde, en bissac ou en bateau) : *hypotase abdominale* de tasis, tension ; 2° prolapsus, abaissement de la masse intestinale : *entéroptose* et accessoirement, dans un tiers des cas, prolapsus viscéraux tels que rein flottant (néphroptose), foie mobile (hepatoptose), rate mobile (splenoptose), c'est-à-dire en général splanchnoptoses diverses ; 3° étroitesse du colon (boudin cœcal rénitent et sensible, cordon sigmoïdal, corde colique transverse, et comme conséquence battement épigastrique) : *enterosténose* ; 4° enfin, clapotement gastrique par abaissement et flaccidité de l'estomac : *gastroptose* et *atonie gastrique.* »

Tels sont les signes objectifs étudiés et décrits par M. Glénard pour satisfaire au « desideratum pressant d'une localisation de la neurasthénie. »

S'il ne s'agissait que d'un perfectionnement de la description symptomatique, que de l'addition simple et sans autre interprétation de ces signes objectifs aux signes subjectifs ordinaires de la neurasthénie, il nous suffirait, pour en diminuer l'importance et en contester la valeur réelle, de nous appuyer sur les opinions de médecins autorisés qui ont cherché à vérifier les assertions de M. Glénard.

Dans un rapport à la Société de médecine de Paris, sur l'entéroptose et la neurasthénie, M. Féréol dit: « cette constatation des signes objectifs, j'ai bien souvent cherché à la faire depuis que mon attention est attirée de ce côté, et je dois avouer que je n'ai pu encore y arriver ». M. Dujardin-Baumetz avoue de même que « chez les malades dyspeptiques et neurasthéniques qui se sont présentés à nous, nous n'avons jamais pu constater ni la corde colique, ni le boudin cœcal, ni le cordon sigmoïdal que M. Glénard considère comme nécessaires ».

Enfin, M. Fromont a fait de nombreuses observations non plus seulement sur le vivant, mais sur le cadavre et après avoir repris un à un l'examen des organes, il conclut que « pas une fois nous n'avons pu constater sur le vivant ou sur le cadavre rien qui ressemblât à la corde colique transverse, et en résumé les considérations sur lesquelles s'appuie M. Glénard pour établir son entité morbide, entéroptose ou enterosténose, sont purement théoriques et ne comportent aucune démonstration anatomo-pathologique ».

Voici donc la valeur de ces signes objectifs considérablement diminuée au point de vue symptomatique; mais ce n'a pas été l'unique prétention de l'auteur de faire une simple description clinique mieux objectivée; il a surtout conclu au rôle pathogénique de ces désordres mécaniques de la statique abdominale dans l'évolution de la neurasthénie.

D'après M. Glénard, les splanchnoptoses et surtout l'entéroptose seraient la plus importante, sinon la seule cause vraiment déterminante de tous les états neurasthéniques, et plus particulièrement de la neurasthénie gastrique; « c'est là, pour lui, le vrai et le seul mécanisme des troubles nombreux qui font du dyspeptique un neurasthénique » (th. Blanc-Champagnac, 1890).

Ces troubles suivraient en effet, dans leur évolution, un certain ordre qui permet de remonter à leur première origine. « Il y a d'abord: 1° une *période gastrique* correspondant à l'*atonie gastrique* ou aux troubles de contraction de l'estomac, provoqués par la dislocation du colon; 2° une *période mésogastrique* correspondant à la *gastroptose*, qui se réalise lorsque l'estomac a cessé de résister aux conditions de prolapsus créées par sa connexion avec le colon transverse; 3° une *période neurasthénique* qui est celle de l'*hypotension abdominale*, survenant lorsque la nutrition est compromise, lorsque, sous l'influence d'une alimentation réduite, l'amaigrissement s'accentue, la constipation devient opiniâtre, les sécrétions digestives diminuent et que les anses intestinales, plus lourdes et plus mal soutenues, sont de plus en plus rétractées (entérosténose) et prolabées (entéroptose). »

Or, nous ferons déjà remarquer que l'interprétation pathogénique de cette évolution symptomatique est inadmissible, au moins pour le type clinique le plus fréquent de la neurasthénie commune, dans lequel l'ordre d'apparition des symptômes, signalé par M. Glénard, est loin d'être l'ordre habituel et jamais l'ordre constant. La neurasthénie de Beard ne commence pas toujours par les troubles gastriques; la céphalée, l'affaiblissement musculaire et l'insomnie apparaissent ordinairement les premiers; les troubles dyspeptiques ne se développent que plus tard.

Si, dans certains cas, les désordres gastriques se manifestent apparemment en même temps que les autres symptômes, il est rare qu'ils n'aient pas été précédés de quelques troubles nerveux qui ont passé inaperçus pour les malades, mais qu'une analyse clinique délicate pourrait déceler. Admettons cependant qu'ils débutent en même temps que les phénomènes nerveux, on n'en pourrait pas davantage conclure qu'ils sont la première cause des accidents neurasthéniques, dont ils ne sont qu'une manifestation concomitante; enfin, dans les cas même où les troubles dyspeptiques précèdent l'apparition de tout autre phénomène neurasthénique, leur préexistence ne prouve pas indiscutablement qu'ils jouent le rôle de cause déterminante exclusive, sur l'apparition des désordres nerveux consécutifs. L'estomac et l'intestin ne sont-ils pas eux-mêmes sous la dépendance directe du système nerveux? et la dyspepsie neurasthénique ne peut-elle pas être une manifestation primitive et directe de l'épuisement nerveux général, qui se traduit plus tard

par d'autres symptômes nerveux cérébraux et médullaires?

Néanmoins, il est juste de reconnaître, et nous l'avons signalé, que certaines dyspepsies développées plus ou moins longtemps avant et en dehors de tout état neurasthénique, peuvent aboutir à cet état, par affaiblissement progressif, ralentissement de la nutrition et épuisement consécutif du système nerveux. C'est à ces neurasthénies qu'on peut reconnaître une véritable origine gastrique; mais la neurasthénie commune par surmenage est en réalité primitive et se développe le plus souvent en dehors de toute influence gastrique.

Quant à la neurasthénie gastrique, à la dyspepsie nerveuse de M. Glénard, ou bien c'est une neurasthénie commune primitive, à prédominance des symptômes gastriques, mais se développant sous les mêmes influences et n'ayant nullement besoin d'une pathogénie spéciale; ou bien c'est une neurasthénie secondaire dans laquelle les désordres dyspeptiques préexistants ont plutôt joué le rôle de cause prédisposante que de cause déterminante.

Mais il ne saurait être actuellement démontré que la maladie de Beard ait eu jamais pour *raison d'être exclusive et directe*, une altération ou un désordre quelconque des viscères abdominaux.

Non pas que nous voulions nier absolument l'existence des ptoses de M. Glénard : les splanchnoptoses et surtout l'entéroptose peuvent être une véritable cause de dyspepsie, mais non de neurasthénie.

Alors même qu'on constaterait l'existence de ces ptoses dans la neurasthénie, il ne serait nullement

nécessaire de leur donner une explication simplement mécanique et encore moins de les considérer comme une raison évidente et exclusive des autres accidents neurasthéniques.

Les cas de neurasthénie dans lesquels ces prolapsus abdominaux ont été constatés étaient ordinairement des cas graves ou chroniques avec amyosthénie générale très accusée : dès lors n'est-il pas logique d'attribuer ces ptoses pariéto-viscérales à une asthénie nerveuse, à une véritable parésie musculaire des muscles pariéto-viscéraux, et de considérer ces prolapsus abdominaux comme la conséquence de l'épuisement nerveux du système musculaire pariéto-viscéral de l'abdomen.

Cette origine parétique des splanchnoptoses de M. Glénard expliquerait mieux leur présence dans l'état neurasthénique, que ne peut le faire l'étiologie mécanique que leur auteur leur a assignée. « Traumatisme et accouchement sont donc les principales causes de l'entéroptose qui déterminera plus tard les accidents dyspeptiques et nerveux. » Mais, à ce compte, en n'admettant dans l'étiologie de l'enteroptose et par suite de la neurasthénie que les accouchements et les traumatismes, il n'y aurait que les femmes ayant eu des enfants et les hommes ayant reçu un coup dans la région abdominale qui seraient atteints de neurasthénie, si l'entéroptose mécanique de M. Glénard en était l'unique cause. Cette dernière interprétation est l'une des plus défavorables au système de la neurasthénie d'origine ptosique.

Enfin il n'y a aucune preuve à tirer du succès de la thérapeutique spéciale instituée contre les prolapsus

abdominaux. Si on guérit les neurasthéniques ptosiques avec la sangle de M. Glénard, c'est qu'en même temps on leur fait subir un traitement général approprié : or ce traitement général seul suffit d'ordinaire contre la neurasthénie commune ; mais on aura beau soigner de sa dyspepsie et de ses ptoses un neurasthénique, on épuisera en vain tous ces traitements locaux, s'il s'agit d'une véritable neurasthénie, d'une vraie maladie de Beard.

En résumé on ne s'explique pas pourquoi M. Glénard est allé chercher 1° dans une lésion locale éloignée, non constante, fortement contestée au point de vue clinique et surtout anatomique, 2° dans une symptomatologie rare, presque toujours incomplète, dont l'évolution même la plus favorable n'est pas concluante, 3° dans une étiologie vraiment trop restreinte, 4° dans une thérapeutique spéciale insuffisante, l'explication pathogénique d'un état nerveux général qui a si bien sa raison d'être dans les causes d'épuisement nerveux qui président à sa genèse.

On ne se rend pas compte comment et pourquoi ces causes d'épuisement qu'on retrouve en tête de toute l'étiologie neurasthénique et qui peuvent se résumer dans le surmenage partiel ou général des fonctions nerveuses, porteraient de préférence et directement leur action sur la région abdominale et les viscères qu'elle contient. On ne voit pas comment et pourquoi les excès intellectuels, les émotions morales, les abus sexuels, etc., aboutiraient primitivement à un prolapsus des organes abdominaux ou même à des désordres dyspeptiques.

On peut adresser les mêmes reproches à la *théorie*

pathogénique de M. Bouchard. Tout le monde connaît et apprécie les beaux travaux du maître sur la dilatation de l'estomac et les auto-intoxications auxquelles elle donne lieu si fréquemment. Personne ne pense à contester la valeur de ces observations et à nier le rôle que jouent ces auto-infections d'origine dyspeptique dans l'évolution d'un grand nombre de maladies. Mais il serait vraiment abusif de vouloir y rattacher l'explication des phénomènes neurasthéniques.

Si l'on rencontre la dilatation de l'estomac dans la neurasthénie, c'est aux dernières périodes de cette affection et comme conséquence ultime de l'atonie gastrique nerveuse qui la complique si souvent. Si d'autre part la neurasthénie se développe chez des dilatés, c'est par suite d'un trouble de la nutrition générale aboutissant ou mieux prédisposant à l'épuisement : mais alors c'est au même titre qu'elle se développe chez les diabétiques, les arthritiques et les syphilitiques. Il n'y a pas de neurasthénie spéciale aux dilatés et aux auto-intoxiqués : la dilatation et les auto-intoxications de M. Bouchard ne sont pas des conditions *sine qua non* de l'état neurasthénique, même dyspeptique.

On ne voit pas davantage ici pourquoi les causes ordinaires, intellectuelles, morales ou génitales de la neurasthénie, aboutiraient primitivement et directement à dilater l'estomac pour lui permettre à son tour d'intoxiquer le système nerveux. Ce chemin nous paraît bien détourné pour être celui suivi par la nature.

Il n'y a, en réalité, aucune raison pour mettre l'estomac et ses désordres mécaniques ou chimiques entre les causes habituelles, et les effets ordinaires de

l'épuisement nerveux. Il ne faut pas faire exclusivement de la médecine de laboratoire ou de cabinet, par induction : il faut avant tout faire de la médecine clinique et de bonne observation.

C'est ainsi que, malgré tout, la maladie de Beard est restée ce qu'il l'a faite dès le début, et c'est pourquoi la théorie qu'il en avait proposée, fondée sur l'observation clinique, est encore celle qui nous paraît la seule admissible.

La neurasthénie est une maladie nerveuse qui vient d'elle-même, qui a sa raison d'être dans les actions nerveuses qui président à sa formation et qui s'explique par un épuisement nerveux consécutif à l'excès d'excitation. Les récentes expériences physiologiques, si bien exposées par M. Féré, sont d'ailleurs venues apporter un grand appui sinon une entière confirmation à la *théorie nerveuse de Beard.*

Théorie pathogénique de Beard et Féré. — Pour bien comprendre le mécanisme de la production et la raison d'être des symptômes de la neurasthénie, il est utile de rappeler les conditions organiques du mécanisme habituel et normal des fonctions nerveuses dont le surmenage produit l'épuisement. Des expériences rigoureuses faites à l'aide d'instruments précis, le dynamographe, le pletismographe, le sphmygmographe, le galvanomètre, etc., établissent qu' « en thèse générale toute excitation nerveuse détermine un mouvement, un état dynamique auquel paraissent participer tous les éléments contractiles de l'organisme » (Féré) (1).

(1) Ces expériences et leurs résultats ont été exposés en

Toute excitation sensorielle, tout travail intellectuel, toute émotion morale, tout exercice musculaire mettent en branle l'organisme tout entier, augmentant sa tonicité musculaire générale, amplifiant son énergie et sa capacité circulatoires et respiratoires, exagérant ses sensibilités générale et spéciales, activant ses sécrétions, ébranlant en un mot toutes les activités vitales de l'organisme.

Pour les *impressions sensorielles*, par exemple, on peut se rendre compte que l'intensité de l'excitation sensorielle est mathématiquement correspondante à l'intensité de la vibration physique qui produit la sensation. « Les couleurs peuvent être classées au point de vue de leur action dynamogénique, dans le même ordre que les couleurs spectrales ». « Les sons ont une action dynamogène qui varie proportionnellement à leur intensité et à leur hauteur.» (Féré). Ainsi les impressions visuelles de couleur produisent une augmentation de la force dynamométrique qui atteint vingt-huit avec les rayons verts et quarante-deux avec les rayons rouges, qui sont les derniers de la série spectracle. Or l'excitation produite par les sensations colorées ne retentit pas seulement sur l'énergie musculaire ; à l'aide du pletismographe on constate une augmentation de volume des membres par exagération momentanée de l'activité circulatoire et cette augmentation de volume est également proportionnelle à l'intensité de la vibration lumineuse. Sous les mêmes influences, le pneumographe enregistre une augmentation de fréquence et d'amplitude dans les mouve-

détail dans les livres de M. Féré, « *Sensation et mouvement* », « *Dégénérescence et criminalité.* »

ments respiratoires. Enfin on observe parallèlement et toujours proportionnellement à l'intensité de l'excitation sensorielle primitive, une plus grande abondance des sécrétions, une exagération de la tension électrique normale, en un mot, une excitation générale de tout l'organisme.

Ces phénomènes se produisent constamment non seulement à l'occasion des sensations perçues, mais sous l'influence de toute impression extérieure qu'elle soit ou non perçue ; toute action du monde extérieur sur les extrémités terminales du système nerveux, toute impression ou excitation périphérique, quelle qu'elle soit, lumineuse ou sonore, thermique ou mécanique, gustative ou odorante, consciente ou inconsciente, détermine une excitation neuro-musculaire générale qui se traduit par toute une série de phénomènes physiques mathématiquement proportionnels à l'excitation primitive.

Il en est de même pour les *phénomènes intellectuels* ou moraux qui ne sont autres que des rappels plus ou moins complexes de sensations, c'est-à-dire d'impressions extérieures. Les travaux intellectuels s'accompagnent également d'exagération de la tension circulatoire, de la fréquence et de l'amplitude respiratoire, d'une plus grande abondance des sécrétions et d'une augmentation de la force dynamométrique : (il est curieux de savoir que l'effort de pression au dynamomètre est le plus considérable chez les sujets adonnés spécialement et presque exclusivement aux travaux de l'esprit). On sait depuis longtemps que « les actes psychiques et volontaires coïncident avec une élévation de température du cerveau et que l'ac-

tivité cérébrale est caractérisée par une plus grande rapidité des échanges nutritifs ».

Les *phénomènes d'exercice musculaire* ont les mêmes conséquences : la mise en jeu de l'activité motrice retentit, autant que toute autre excitation ou fonction nerveuse, sur le dynamisme général des individus et reproduit les mêmes phénomènes d'excitation neuromusculaire dans tous les autres appareils organiques. « Si, par exemple, on fait avec un pied sur une pédale les mouvements nécessaires pour faire mouvoir une roue, l'effort à la pression dynamométrique fait par la main a augmenté d'un cinquième et plus » (Féré). On sait encore que le mouvement peut exciter l'action psychique et qu'un certain nombre d'individus se mettent instinctivement en marche lorsqu'ils veulent concentrer les efforts de leur intelligence. Les mouvements passifs produisent les mêmes résultats que les mouvements actifs.

Enfin l'influence des *émotions morales* et leur retentissement sur tout l'organisme est un fait de notion vulgaire qu'on a de tout temps étudié sous la rubrique « influence du moral sur le physique ». Les émotions agréables augmentent l'amplitude des mouvements respiratoires « enfin l'on respire » : on éprouve au contraire une sensation de constriction de la poitrine et de serrement à la gorge s'il s'agit d'émotions désagréables.

Le pouls et la circulation sont profondément modifiés par les impressions et les passions morales ; les sécrétions traduisent également à leur manière l'influence des divers états émotifs (eau à la bouche, sueur froide, gorge sèche, diarrhée, etc.).

En résumé donc il ne peut se produire un seul acte de la vie nerveuse, une seule excitation des fonctions sensorielles, intellectuelles, musculaires et morales, sans que cette excitation détermine un retentissement sur toutes les autres fonctions. Quand un des éléments de l'organisme vibre, tous les autres entrent en vibration parallèlement et proportionnellement.

Mais voici le point important au point de vue qui nous occupe ici : c'est que chacune de ces excitations est en général suivie d'un épuisement proportionnel au degré de l'excitation.

La force dynamométrique après avoir augmenté s'abaisse d'autant, la tension circulatoire et l'amplitude respiratoire descendent ; on ne peut en effet dépasser un certain degré d'excitation sans observer bientôt un affaiblissement proportionnel de la pression dynamométrique et des autres énergies organiques.

Dès lors, il est facile de comprendre comment la multiplicité ou l'intensité des excitations nerveuses de toute sorte que nous avons vu figurer en première ligne dans les causes de la neurasthénie, aboutissent par excès d'excitation à l'épuisement nerveux qui caractérise cette affection. Il est facile de se rendre compte comment les conditions du séjour dans les grandes villes avec leurs excitations répétées, comment les excès de travail intellectuel, les émotions morales vives ou prolongées, le surmenage musculaire lui-même peuvent déterminer un épuisement rapide quand on sait quels retentissements ces causes exercent sur tout l'organisme, et que l'épuisement est fatalement et directement proportionnel à toutes ces excitations.

L'étude de ces conditions organiques des phénomènes nerveux enlève tout mystère à l'interprétation pathogénique de l'épuisement neurasthénique et n'oblige pas de recourir aux désordres de la statique ou de la chimie abdominales pour en fournir une explication suffisante. L'étude de ces conditions permet également de comprendre pourquoi le fonds commun des sensations neurasthéniques se résume dans une sensation générale de douleur et d'impuissance. Il est parfaitement démontré que toute sensation agréable est excito-motrice augmentant les énergies dynamométrique, circulatoire, respiratoire, etc., et qu'au contraire toute sensation pénible est dépressive. Mais la réciproque est aussi vraie : toute excitation est suivie d'épuisement, c'est-à-dire de fatigue et la sensation de fatigue est douloureuse. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la neurasthénie, épuisement nerveux général, résultant d'une série d'épuisements, se traduise essentiellement par une sensation profonde d'impuissance, de fatigue et de douleur.

De même les intéressantes observations de M. Féré sur la physiologie de l'attention (*Rev. philosophique*, août 90) expliquent bien la coïncidence de l'amyosthénie avec l'asthénie psychique et morale des neurasthéniques. La tension musculaire va de pair avec l'attention cérébrale ; rien de plus logique que l'affaiblissement musculaire coïncide avec la dépression intellectuelle et morale.

Toutefois si le plus souvent ces phénomènes de fatigue et d'épuisement sont directement consécutifs à l'excitation nerveuse, le défaut d'excitation, *l'inirritation* peut dans certains cas avoir les mêmes consé-

quences. Et c'est ce qui vraisemblablement donne la clef de ces paralysies nocturnes et de toute cette « pathologie de la nuit » décrite par M. Féré dans le « Brain 1888. » Cette inirritation de la nuit doit être également la cause de l'aggravation de certains phénomènes neurasthéniques au moment du réveil, tels que obscurcissement des idées et de la vue, affaiblissement musculaire plus accusé.

Enfin pour ceux que ces interprétations de physiologie pathogénique ne convaincraient pas, il suffira peut-être de savoir que l'expérimentation sur les conditions organiques de la fatigue nerveuse peut déterminer les phénomènes fondamentaux d'une véritable neurasthénie et même d'une hystérie expérimentales.

CHAPITRE VI

SYMPTÔMES DE LA NEURASTHÉNIE

Il est étonnant que, dans certains traités classiques récents, on essaie de conserver à la neurasthénie la réputation d'une « maladie confuse, vague et indécise, sans limites fixes, protéiforme, changeante et mobile dans ses manifestations, capricieuse dans ses allures, etc., etc. » (Huchard, *Maladies du cœur et des vaisseaux*, 1889).

Cependant depuis la description classique de Beard (1880) la symptomatologie de cette affection n'a guère varié : sans doute elle est complexe, multiple et apparemment indécise : mais en l'examinant de près, on voit qu'elle reste toujours la même dans les grandes lignes et que seuls les détails et les accessoires varient de nombre plutôt que de forme : car même parmi ces détails, ce sont toujours les mêmes qu'on observe : ils sont plus ou moins nombreux mais toujours semblables. C'est toujours la même pièce qui se joue : les principaux personnages et les grandes scènes ne changent jamais, il n'y a que les rôles secondaires et les décors qui y tiennent plus ou moins de place et occupent plus ou moins l'attention.

Beard a été un merveilleux clinicien doué d'une très grande sagacité et d'une très grande finesse d'observation, en groupant d'un coup, sous le même nom, la série de symptômes qu'il observa et décrivit avec tant de précision. Aucune meilleure description clinique n'a été faite depuis ; tous les auteurs qui se sont occupés de neurasthénie depuis Beard lui en ont emprunté plus ou moins ouvertement les principaux traits et même les plus infimes détails. C'est que le tableau de Beard est complet ou du moins presque complet ; on y trouve réunis tous les phénomènes importants ou secondaires qui constituent aujourd'hui encore l'état neurasthénique. Aussi est-il difficile de ne pas copier le modèle primitif et nous n'avons pas la prétention de faire autrement que les autres qui se sont quelquefois contentés de traduire le texte américain, sans le laisser paraître. Nous emprunterons donc franchement la plus grande partie de cette des-

cription clinique au « practical treatise » de Beard. Mais il faut bien reconnaître que la symptomatologie de ce traité n'est qu'un amas plus ou moins confus de tous les désordres neurasthéniques, jetés là pêle-mêle et sans ordre apparent les uns à la suite des autres. C'est une sorte d'énumération faite au hasard de tous les phénomènes morbides de l'épuisement nerveux : tous y figurent et y sont décrits pour la plupart d'une manière magistrale, mais sans aucune méthode (1).

---

(1) Voici du reste le sommaire de la symptomatologie de Beard tel qu'on le trouve dans la dernière édition de l'ouvrage (1890) : Chap. II. *Symptômes de l'épuisement nerveux* — Sensibilité du cuir chevelu. — Irritation cérébrale. — Dilatation des pupilles. — Mal de tête et ses différentes formes. — Gêne, pression et lourdeur dans la tête. — Changements de l'expression de l'œil. — Congestion de la conjonctive. — Troubles des nerfs des sens spéciaux. — Asthénopie neurasthénique. — Mouches volantes. — Bruits dans les oreilles. — Voix atone. — Diminution du contrôle mental. — Irritabilité du caractère. — Manque d'espoir. — Peurs morbides. — Astraphobie ou peur de l'éclair. — Topophobie ou peur des places. — Agoraphobie ou peur des grands espaces. — Claustrophobie ou peur des endroits fermés. — Anthropophobie ou peur de la société. — Monophobie ou peur de la solitude. — Mysophobie ou peur de la contamination. — Pantophobie ou peur de toutes choses. — Les peurs morbides existent rarement seules. — Rougeurs et agitation. — Insomnie. — Mauvais rêves, — Somnolence. — Sensibilité des dents et des gencives. — Dyspepsie nerveuse. — Diminution de la soif. — Appétit pour les stimulants et les narcotiques. — Sécheresse de la peau. — Anomalies des sécrétions. —Sécheresse anormale des articulations et des muqueuses. — Hyperhydrosie palmaire. — Salivation. — Sensibilité de l'épine dorsale (irritation spinale) et de tout le corps (hyperesthésie générale). — Coccydinie. — Variétés des douleurs du dos. — Lourdeur dans les reins et les lombes. — Douleurs

D'autre part, il faut reconnaître que l'étude primitive de Beard a été continuée et perfectionnée par les neuropathologues modernes ; certains symptômes tels que les vertiges et l'angine de poitrine y ont été ajoutés ; d'autres ont été l'objet d'analyses plus approfondies et

---

fulgurantes simulant celles de l'ataxie. — Podalgie. — Pouls tremblant et variable. — Palpitations du cœur (cœur irritable). — Spasmes locaux des muscles. — Dysphagie. — Mouvements convulsifs, en s'endormant. — Idiosyncrasies ayant rapport à la nourriture et aux médicaments. — Sensibilité au temps. Sensiblité à l'eau froide et chaude. — Sensibilité aux changements de temps. — Accidents neurasthéniques dus à la chaleur solaire. — Engourdissements et hyperesthésies localisées périphériques. — Sensations d'épuisement sans douleur vraie. — Chatouillement. — Douleurs vagues et névralgies erratiques. — Démangeaisons générales et locales. —Frissons et vapeurs. — Paralysies temporaires. — Maladies des hommes (émissions involontaires, impuissance, irritabilité de l'urèthre-prostatique). — Maladies des femmes. — Oxalates, Phosphates, urales et spermatozoïdes dans les urines. — Bâillements. — Apparence de jeunesse. — Carie rapide et irrégularités des dents. — Hemi-neurasthénie. — Marche capricieuse des symptômes. — Périodes de la vie où la neurasthénie est le plus fréquente. — Fréquence de cette maladie. — Multitude des symptômes.

Nous croyons intéressant de mettre en regard les symptomatologies de deux auteurs modernes qui ont transformé le sens clinique de la maladie de Beard : nous les empruntons à la *Revue de médecine* (1887).

Symptomatologie de Arndt. — Les symptômes sont catégorisés en : 1° *dysesthésies* : névralgies, clou et boule hystériques, points douloureux, frisson, prurit, douleurs de reins, crampes, fringale, pica, anorexie, kynorexie, borborygmes, utérus et testicule irritables, perversion du sens sexuel, diminution des « dulcedines in coïtu », hyperosmie, hébétude,

de descriptions plus complètes, par exemple la céphalée et les désordres dyspeptiques ; le rôle de l'hérédité et du traumatisme n'a été bien élucidé que dans ces dernières années ; certaines formes cliniques, telles que l'hystéro-neurasthénie et le type héréditaire, sont dues

---

cécité des couleurs, mélancolie, manie, phobies, agoraphobie, choleraphobie, passions, insanité morale, « après nous le déluge », etc.

2° *Dyskinésies* : crampes toniques et cloniques, nystagmus, augmentation on diminution du reflexe patellaire, strabisme, dysphagie, coliques, spermatorrhée, prolapsus utérin, angine de poitrine, lassitude, dysphasie, dyslalie, dysménie, hyperlogie, défaut de concentration des idées, etc.

3°. *Dysekkrisies* : sueurs, ptyalisme, hypekkrisies de l'estomac et de l'intestin, paracholésie, diabète insipide, hyperspermatosie, ménorrhagie, aménorrhée et dysménorrhée, etc.

4° *Dystrophies et dysplasies* : pityriasis, hypokeratosie, icthyose, vitiligo, dysodontosies, herpés, zona, hyperliposies, paratrophies, dysemphysies, parathermosies et en général toutes les manifestations vitales qui dépendent des processus trophiques et plastiques (paragripnie, léthargie, eu-hyper-et hypoelectrosie, magneto sensitivité ; les cas de Louise Lateau, Cumberland, etc.

S'il est une description clinique qui puisse donner de la neurasthénie l'idée d'une maladie vague et protéiforme c'est assurément celle-là : son défaut de netteté et d'exactitude, la confusion qu'elle fait de toutes les névroses connues, la font suffisamment apprécier au point de vue clinique et nosographique.

Symptomatologie de Glénard : Classement nouveau des symptômes subjectifs dans lequel leur hiérarchie est établie d'après leur degré de constance :

1° *Symptômes asthéniques* (faiblesse, lassitude habituelle, faiblesse d'estomac, faiblesse des reins).

2° *Symtpômes mésogastriques* (délabrement, talement, barrement, tiraillement, serrement, poids, creux, vide, fausse faim).

aux travaux récents: les accès neurasthéniques, l'évolution, mais surtout l'étiologie complète et l'interprétation pathogénique de l'épuisement nerveux, sont également des notions ajoutées à l'étude surtout clinique de Beard; enfin, la symptomatologie classique du mal américain a failli être bouleversée par de nouvelles doctrines, dont les descriptions fantaisistes ne répondaient pas à l'évidence clinique des faits bien observés.

Il nous a donc paru utile : 1° de mettre un peu d'ordre et de classification nosographique dans le tableau des symptômes de Beard; 2° d'y ajouter, en même temps, les notions nouvelles acquises par l'étude plus complète de l'affection. M. Charcot n'a pas peu contribué, par la méthode clinique qu'il enseigne et pratique si rigoureusement, à mettre plus en lumière et mieux en place les nombreux symptômes neurasthéniques entassés et énumérés pêle-mêle dans le livre

---

3° *Symtômes gastriques ou chomêliens* : *a.* flatulence, y compris les symptômes vaporeux, étouffement; gonflement, oppression, bouffées de chaleur, bâillement; *b.* douleur, aigreur, crampe, brûlure, vomissement).

4° *Symptômes névrosiformes* (d'apparence cérébrale ou spinale, insomnie, frilosité, sueurs, frissonnements; irritabilité, hypocondrie, mélancolie, impuissance ; céphalalgie, vertiges, tintements d'oreille; toux, palpitations ; polyurie, hypocrinies; crampes, névralgies, etc.

Nous avons déjà énuméré les signes objectifs, hypotase, entéroptose, entérosténose et gastroptose que M. Glénard a le premier décrits à la neurasthénie ; cette symtomatologie subjective et objective, outre qu'elle est plus fantaisiste que cliniquement démontrable, a le tort de ne pas présenter les choses sous leur véritable jour en mettant au premier plan les troubles dyspeptiques qui ne sont que des comparses plus ou moins importants dans l'action.

de New-York. C'est à lui qu'on doit la création des « *Stigmates de la Neurasthénie* ». Il a fait là ce qu'il avait déjà fait pour l'hystérie : il a démêlé, par une minutieuse et multiple observation clinique, du fouillis des nombreux symptômes neurasthéniques, ceux qui sont les plus fréquents et les plus importants, ceux qui en un mot caractérisent l'affection, lui donnent son cachet clinique spécial et lui servent de marque de fabrique.

A côté de ces symptômes fondamentaux, essentiels et typiques, il peut s'en produire une série d'autres moins importants qui n'existent pas toujours, qui varient de nature et de nombre selon les malades, les causes ou les phases de la maladie : ce sont eux qui feraient volontiers admettre l'allure protéiforme de la neurasthénie ; mais encore est-il que leur nombre est limité, que lorsqu'ils se produisent, bien que diversement combinés, ce sont toujours les mêmes, et qu'enfin ils empruntent à l'état général un caractère particulier qui leur sert de trait commun. Ce sont donc des *symptômes secondaires ou accessoires :* nous les décrivons sous ce nom.

Enfin, contrairement au plus grand nombre des auteurs, nous faisons un chapitre à part de certains symptômes qui s'associent plus ou moins fréquemment aux symptômes neurasthéniques proprement dits, mais qui, en réalité, n'appartiennent pas proprement et directement au processus ordinaire de l'épuisement nerveux simple. Ce sont plutôt des *complications* qui reconnaissent d'ailleurs une origine héréditaire assez nette : nous voulons parler des états psychopathiques, phobies et autres, qui se combinent souvent, soit à titre

de complications spéciales, à la neurasthénie commune, soit à titre de symptômes réels, à la forme héréditaire de cette affection.

Il est en effet bien entendu que, dans la symptomatologie classique, nous visons exclusivement la forme commune, c'est-à-dire acquise, de la neurasthénie.

Nous diviserons donc cette étude détaillée des symptômes en trois parties: 1° *symptômes essentiels ou stigmates ;* 2° *symptômes secondaires;* 3° *symptômes de complication ;* mais auparavant nous essaierons d'esquisser à grandes lignes, le portrait général, habituel des neurasthéniques, en présentant une sorte de tableau clinique général de cette affection.

Tableau clinique général de la Neurasthénie.

Le neurasthénique est ordinairement un individu entre 20 et 50 ans qui, à la suite d'un surmenage des fonctions nerveuses (intellectuelles, morales, sensorielles, musculaires ou splanchniques), est atteint plus ou moins gravement d'accidents nerveux multiples et variés, dont la caractéristique est un affaiblissement mêlé d'une certaine irritabilité: « on tombe dans cet état pour avoir trop travaillé » (Charcot). Le malade se présente souvent au médecin avec une petite notice, une sorte de mémoire, plus ou moins détaillé, sur les divers malaises qu'il éprouve : « c'est déjà, dit Charcot, un commencement de diagnostic ». Il se plaint, le plus souvent et avec le plus d'insistance, de maux de tête et de troubles gastriques spéciaux.

Son mal de tête n'est pas une vraie douleur, c'est plutôt une sensation de pression et de constriction,

c'est le *casque de la céphalée neurasthénique*. Ses troubles dyspeptiques sont variables et inconstants ; ils affectent surtout la forme d'une dyspepsie flatulente, avec pesanteur et gonflement après les repas, rougeur et bouffées de chaleur au visage, somnolence et torpeur intellectuelle. Cette dyspepsie est, pendant longtemps, purement névropathique ; elle n'est d'ailleurs pas nécessaire, et il existe des neurasthéniques qui ne sont pas dyspeptiques ; elle suit les variations de l'état général, mais assez fréquemment, elle domine les autres symptômes au point de faire croire qu'elle est le phénomène capital et primitif, ce qui est absolument inexact.

L'impuissance professionnelle et l'impuissance génitale sont encore des troubles habituels de la neurasthénie que les malades accusent et dont ils s'inquiètent. En effet, à quelque profession qu'ils appartiennent, sitôt qu'ils veulent s'appliquer à leurs travaux, ils n'en ont plus le courage et l'habileté nécessaires ; les idées ne viennent pas, la lecture, l'écriture ou le travail manuel les fatiguent vite ; s'ils essaient de continuer, le sentiment pénible de la compression céphalique s'exagère et ils sont bientôt forcés d'abandonner leur occupation. D'autre part la mémoire est diminuée, les noms usuels leur échappent et le découragement s'empare de leur esprit et abat leur énergie.

Du côté des fonctions sexuelles, leur virilité est notablement amoindrie, les désirs sont devenus rares, l'érection et l'éjaculation trop rapides sont suivies de courbature générale.

Cette sensation d'affaiblissement musculaire et de courbature parfois douloureuse est également un

phénomène habituel : elle immobilise les malades dans leur appartement ou sur une chaise longue, elle les rend paresseux et tristes, et les entrave encore dans l'exercice de leur profession. Souvent elle s'accompagne de douleur ou plutôt d'un sentiment de pression, comparable à celui de la céphalée, sur tout le trajet de la colonne vertébrale (rachialgie), et d'une hyperesthésie plus ou moins accusée de cette région.

Enfin, le neurasthénique dort mal, incomplètement ou très difficilement ; il passe des nuits agitées et quelquefois pleines de rêves désagréables et le matin, loin d'être reposé, il se sent plus fatigué que la veille.

Aussi n'est-il pas étonnant qu'il se préoccupe de sa situation qui ne fait que s'aggraver, et sa préoccupation est quelquefois poussée jusqu'à une certaine hypocondrie spéciale aux neurasthéniques.

Tels sont les traits principaux, les caractères essentiels de l'épuisement nerveux : *céphalée et troubles dyspeptiques spéciaux, impuissance professionnelle, frigidité génitale, affaiblissement musculaire avec fatigue précoce et courbature douloureuse, rachialgie, insomnie et préoccupations hypocondriaques ;* voilà les grandes lignes du dessin, les stigmates de la neurasthénie.

Mais souvent il s'ajoute à tout cela d'autres désordres qui pour n'être pas aussi constants n'en sont pas moins pénibles : ce sont tantôt des vertiges plus ou moins intenses, avec sensations d'entraînement et quelquefois démarche titubante, tantôt des accès de cardialgie simulant l'angine de poitrine, et très souvent des palpitations et même des lipothymies, de la précipitation

du pouls à la moindre émotion. Presque toujours les sens spéciaux sont hyperexcitables ; l'ouïe ne supporte qu'avec peine les divers bruits du dehors ; mais l'œil surtout est affecté ; il s'injecte et les paupières s'alourdissent à la moindre fatigue ; il est le siège de phénomènes pupillaires spéciaux et fréquemment atteint d'une véritable asthénopie neurasthénique.

La sensibilité générale est également altérée et produit des hyperesthésies passagères de la peau, des sensations de fourmillement, de picotement et quelquefois des douleurs vives, telles que des névralgies aiguës et des douleurs fulgurantes. On observe encore d'autres troubles de la motilité que l'amyosthénie : ce sont des parésies et même des paralysies incomplètes et temporaires, des secousses musculaires brusques pendant le sommeil, des contractions fibrillaires, du tremblement et des crampes. Enfin, les désordres dyspeptiques peuvent s'aggraver par leur persistance et aboutir à la dilatation véritable de l'estomac avec toutes ses conséquences.

Au milieu de tous ces troubles divers, l'épuisement nerveux s'aggrave, la nutrition générale périclite, les sécrétions s'altèrent et les malades peuvent aboutir à une véritable cachexie neurasthénique.

Heureusement quand la neurasthénie ne se complique pas d'un état héréditaire accusé, ou ne se combine pas à l'hystérie, un traitement énergique de cette affection aboutit assez rapidement à son amélioration et même à la guérison définitive.

D'autre part, il ne faudrait pas croire que tous ces phénomènes secondaires de la neurasthénie se rencontrent en même temps chez le même sujet : ils sont

diversement associés et combinés aux symptômes fondamentaux.

Ces derniers d'ailleurs n'existent pas davantage tous ensemble chez tous les neurasthéniques, et ce sont les associations diverses de tous ces symptômes, ainsi que la prédominance de certains d'entre eux, qui créent les formes cliniques diverses de la neurasthénie.

Enfin, un dernier caractère du type général et commun de cette affection, c'est la mobilité extrême de ses divers phénomènes : c'est la facilité et la rapidité avec lesquelles se produisent les hauts et les bas chez les malades qui en sont atteints; c'est l'étonnante variabilité des diverses combinaisons que ces symptômes classiques, et toujours les mêmes, peuvent offrir.

Nous ne parlons pas, bien entendu, ici des formes et des complications spéciales qu'engendre l'influence héréditaire; nous ne nous occupons tout d'abord que de la forme la plus commune et la plus fréquente, la neurasthénie acquise.

I. — Symptômes essentiels ou stigmates.

1. *Céphalée neurasthénique*. — C'est assurément un des symptômes les plus fréquents et les plus caractéristiques: on l'observe dans les 4/5 des cas et la forme spéciale que ce mal de tête affecte permet assez facilement de le distinguer des autres céphalées. Ce n'est ni une migraine ni une névralgie, ni une douleur aiguë : c'est plutôt une sensation de gêne, de pesanteur ou de constriction plus ou moins pénible. Beard avait appelé cette douleur « pression et pesanteur dans le dos de la tête et au-dessus du

vertex, occupant quelquefois le crâne tout entier ». M. Charcot qui l'avait remarquée, avant que la neurasthénie ne fût décrite, lui avait donné le nom de *casque*, d'après la comparaison la plus communément employée par les malades pour la décrire : il se servait pour les reconnaître du mot latin « galeatus » qu'il mettait alors en tête de ses observations. Le « *casque des neurasthéniques* » appartient maintenant à la littérature classique de cette affection.

Les malades déclarent en effet, presque tous, qu'ils éprouvent la sensation d'une sorte de *casque* lourd et trop étroit qui leur serre la tête, particulièrement en arrière ; d'autres la comparent à la pression exercée par un « *étau circulaire* », par un « *cercle de fer* » ou par un « *bandeau de métal* qui serrerait progressivement le crâne à l'aide d'une vis de pression située à l'occiput ». Les uns racontent qu'ils ont, autour de la tête, comme « une *bague énorme* dont le chaton très lourd fixé à l'occiput entraînerait la tête en arrière ; d'autres enfin se plaignent de sentir une « *calotte de plomb* » ou d'être incommodés par « leur chapeau qui devient peu à peu trop étroit pour la tête ».

Cette sensation du chapeau lourd et trop étroit est d'ailleurs un phénomène de la vie courante : à combien n'est-il pas arrivé de l'éprouver lorsqu'ils ont le cerveau fatigué par le travail intellectuel ou préoccupé d'idées obsédantes ou de soucis ? C'est un phénomène de neurasthénie passagère que le repos de l'esprit fait vite disparaître.

La céphalée ordinaire des neurasthéniques n'est pas toujours généralisée à toute la tête : son siège le

plus habituel est l'occiput ; c'est là que la plupart des malades placent le maximum de la sensation douloureuse, le chaton de la bague, la vis de pression du cercle, etc. ; la céphalée se traduit donc le plus souvent par ce qu'on appelle la « *plaque occipitale* » ; c'est déjà un excellent moyen de la distinguer des autres céphalées qui occupent le plus souvent la région frontale.

Toutefois, le casque neurasthénique peut également exercer son maximum de pression en avant : mais la *plaque frontale* est beaucoup plus rare ainsi d'ailleurs que la plaque pariétale.

Le casque du front affecte dans certains cas la forme de visière, comme la visière des anciennes armures : il recouvre toute cette région et descend jusqu'au milieu de la face : cette forme de céphalée est très pénible au point de gêner la vision en nécessitant un certain effort pour l'ouverture des paupières.

Enfin la céphalée des neurasthéniques peut se localiser dans un seul côté de la tête et ne produire ses sensations de pesanteur et de serrement que de ce côté : il y a des « *casques dimidiés* » des « *hemigaleati* » : le plus souvent, dans ce cas, la maladie elle-même est unilatérale ou du moins ses principaux symptômes dominent du même côté que la céphalée : il s'agit *d'hémineurasthénie*.

Ce mal de tête, déjà si spécial, a encore pour caractère d'être ordinairement diurne et de cesser pendant la nuit ; il est également rare qu'il soit permanent et ne laisse aucune trêve, pendant le jour ; en général, il est soulagé par le calme et le repos et sous l'influence de l'alimentation, mais il est exagéré par toute

tentative de travail intellectuel ou par les émotions morales pénibles: il s'aggrave comme tous les phénomènes neurasthéniques d'ailleurs, sous l'influence de toute cause qui aggrave l'état du malade. Dans certains cas, il se produit par accès qui peuvent même revêtir l'allure périodique : mais, en somme, *il est rare qu'il soit continu.*

Bien que ce mal de tête ne soit presque jamais vraiment douloureux, il peut, dans quelques cas, se traduire par une douleur gravative que les mouvements brusques, tels qu'un faux pas ou l'action de descendre un escalier, rendent très pénible.

Dans d'autres cas, ce n'est pas une céphalée proprement dite, il n'y a ni casque, ni douleur, c'est plutôt une sensation de vide, de légèreté de la tête, c'est un malaise indéfinissable qui fait dire aux malades : « je ne puis pas exprimer ce que j'éprouve ».

Assez souvent le mal de tête se complique d'autres accidents, qui apparaissent et disparaissent en même temps et semblent être liés au même processus pathologique : ce sont des bourdonnements d'oreille qui peuvent s'accompagner eux-mêmes de sensations vertigineuses et donnent quelquefois le change pour un vertige de Ménière ; ce sont encore des troubles de la vue qui se fatigue très vite, des picotements dans les yeux, des éblouissements passagers, des mouches volantes et même de véritables petits scotomes, enfin un certain degré de photophobie.

En outre, pendant la céphalée, il existe souvent une sorte d'obtusion intellectuelle, de lourdeur d'esprit et d'anxiété morale qui empêchent les malades de

travailler et même de penser et parler comme d'habitude, qui aggravent leur irritabilité ordinaire et transforment le mal de tête en un véritable tourment.

Mais la complication la plus fréquente du casque neurasthénique consiste en une *sensibilité exagérée du cuir chevelu* dont les malades se plaignent assez souvent. Cette hyperesthésie qui rend douloureux le contact de la coiffure, le nettoyage des cheveux à la brosse et surtout au peigne, qui fait encore paraître lourde la longue chevelure de certaines femmes, est habituellement limitée à la région occupée par le casque.

Elle suit la même marche que le mal de tête : cependant elle est souvent plus persistante, sinon entièrement permanente. Beard compare cette sensibilité exagérée du cuir chevelu dans la céphalée, à l'hyperesthésie ou irritation spinale dans la rachialgie : c'est d'ailleurs un phénomène de même ordre, purement superficiel et dû à une irritabilité excessive des rameaux nerveux périphériques. Cette hyperesthésie neurasthénique n'est-elle pas à comparer au phénomène vulgairement appelé « mal aux cheveux » qui s'observe ordinairement le lendemain d'un surmenage plus ou moins intempérant, c'est-à-dire, d'une cause passagère d'épuisement nerveux.

La céphalée est, en général, un des premiers phénomènes de la neurasthénie, du moins dans les formes cliniques de cette affection où il se produit le plus souvent. En effet, elle peut faire défaut dans certains cas : elle est rare, par exemple, dans la forme presque exclusivement spinale, dite *myélasthénie ;* elle fait quelquefois défaut dans la variété cérébro-cardiaque de Krishaber ; mais elle est des plus

fréquentes, sinon toujours constante, dans les formes cérébro-gastrique et cérébro-spinale qui sont elles-mêmes les plus communes.

Il est rare qu'elle s'établisse d'emblée avec toute son intensité et tous ses accompagnements : elle débute plutôt par accès, de plus en plus rapprochés et de mieux en mieux caractérisés. Son pronostic spécial, lorsqu'elle n'est pas trop intense, serait, d'après Beard, plus favorable qu'inquiétant : la céphalée constituerait, selon lui, une sorte de dérivation aux accidents cérébraux plus graves de la neurasthénie. Beard prétend encore que si elle disparaît brusquement, elle expose à de plus sérieuses complications : il cite même un cas où la paralysie agitante aurait succédé à la disparition brusque du mal de tête. La céphalée serait aux neurasthéniques ce que l'eczéma est aux asthmatiques. Quoi qu'il en soit, elle n'en constitue pas moins un symptôme très pénible en raison de l'état cérébral dont il s'accompagne et de l'impuissance intellectuelle à laquelle il réduit les malades qui en sont atteints. Sa diminution progressive, sa rétrocession sous l'influence du traitement est, dans la plupart des cas, un excellent signe de l'amélioration générale : elle peut néanmoins persister après la disparition des autres accidents.

2. *L'Insomnie* ou plutôt les *troubles du sommeil* sont des plus importants à connaître dans l'évolution de l'état neurasthénique : ce sont peut-être les premiers qui existent, bien qu'ils puissent être longtemps méconnus et ce sont eux peut-être qui jouent le plus grand rôle dans la détermination successive des divers phénomènes de l'épuisement nerveux.

L'insomnie ou les troubles du sommeil seraient, d'après M. Féré (comm. orale), une des principales causes du défaut de réparation de la force nerveuse, et ce déficit accumulé ne tarderait pas à produire les phénomènes de l'épuisement.

La neurasthénie serait autant due, dans ces cas, au défaut de réparation qu'à l'excès d'excitation : il est juste néanmoins de faire remarquer que le défaut de réparation par insuffisance du sommeil est souvent lui-même la conséquence d'un état pathologique antérieur, qui peut être provoqué par l'excès d'excitation.

L'animal ou l'homme sain qu'aucun surmenage et surtout qu'aucune hérédité névropathique n'ont atteint, dort en général d'un sommeil calme et complet qui est suffisamment réparateur. Il dort malgré tout et dort bien : aussi ne saurait-il accumuler la fatigue qui aboutit à l'épuisement, parce qu'il répare en dormant. Mais l'homme déjà surmené ou le névropathe héréditaire sont exposés à dormir incomplètement ou insuffisamment et par suite à voir se développer une neurasthénie par insuffisance de réparation.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, l'insomnie ou le mauvais sommeil joue un rôle évident et constitue un symptôme pénible et souvent très tenace dans le processus neurasthénique : c'est après la céphalée et les troubles gastriques, quand ils existent, celui dont les malades se plaignent le plus ; souvent même il peut exister à l'état presque isolé et cependant les quelques accidents neurasthéniques passagers dont il s'accompagne permettent de reconnaître sa véritable nature. Nous donnons, en ce moment, nos soins

à une jeune malade, que des peines morales vives et des revers de fortune ont jetée dans la neurasthénie. Elle souffre depuis plusieurs mois d'une insomnie persistante et de névralgies fugaces qui ne suffiraient certes pas à caractériser spécifiquement l'état neurasthénique : mais de temps en temps, sous l'influence de fatigues intellectuelles ou morales, elle fait un accès passager de céphalée à casque frontal, avec hypéresthésie du cuir chevelu et quelques troubles gastriques qui permettent de donner à son insomnie l'étiquette de neurasthénique. Un séjour à la montagne ayant amélioré le symptôme dominant, c'est-à-dire l'insomnie, l'état général a subi une amélioration parallèle et supprimé, pendant ce séjour en Suisse, tous les autres accidents.

L'insomnie est rarement absolue : c'est plutôt une insuffisance, une certaine difficulté de sommeil qu'une privation totale. Souvent même ce n'est qu'une sensation exagérée d'une insuffisance en réalité très restreinte. Certains neurasthéniques dorment, en effet, plus qu'ils ne le croient ; mais ils croient avoir peu dormi, parce qu'ils ont mal dormi, qu'ils ont été souvent réveillés et que, le matin, ils ne se sentent aucunement reposés, quand ils ne sont pas plus fatigués ; c'est du reste un phénomène fréquent et remarquable de cette affection que certains symptômes et plus spécialement la courbature musculaire, la céphalée, l'impuissance intellectuelle sont plus accusés le matin au réveil, que le soir. Ce phénomène peut s'expliquer de deux manières, soit que le sommeil ait été agité, pénible, plein de rêves et d'obsessions et par suite fatigant, soit que *l'inirritation* du repos nocturne ait

exagéré les phénomènes de l'épuisement nerveux.

Il est, du reste démontré que, chez certains névropathes, le défaut d'excitation produit les mêmes effets que l'excès, c'est-à-dire l'épuisement.

L'insomnie peut se manifester de diverses manières : tantôt les malades s'endorment avec la plus grande facilité, puis ils se réveillent et restent ainsi jusqu'au matin sans pouvoir de nouveau goûter le repos ; souvent un besoin invincible de sommeil les reprend alors qu'ils sont obligés de quitter le lit ; d'autres ont toutes les peines du monde à clore leurs paupières ; ils se fatiguent en vain, par toutes sortes de suggestions et de manœuvres, à chercher le bienfaisant sommeil ; en vain ils se retournent et s'agitent, changent de position, élèvent ou abaissent leur tête, rallument leur bougie pour reprendre une lecture ennuyeuse, ont recours en un mot à tous les artifices ; en vain invoquent-ils Morphée de toutes façons : le Dieu du sommeil résiste à leurs prières ; ils finissent cependant, après une lutte de plusieurs heures, par tomber dans une sommolence lourde qui dure jusqu'au matin et d'où ils sortent plus fatigués que la veille. Une troisième catégorie dort par fragments, et, selon la pittoresque expression de Beard, « rencontre de temps en temps, au cours de la nuit, des oasis de repos dans un désert de long réveil. » Mais de mauvais rêves les arrachent chaque fois à la douce quiétude de l'oasis et les obligent à poursuivre de nouveau leur route dans le désert de la pénible veille.

L'insomnie n'est pas en effet le seul désordre du sommeil qui se rencontre chez les neurasthéniques et contribue à aggraver leur situation : un neurasthénique

peut dormir toute la nuit sans interruption, il n'en est pas moins fatigué le matin, si des rêves, souvent multiples et presque toujours pénibles, ont traversé son sommeil. *Les rêves,* même chez les individus apparemment bien portants, paraissent constituer une forme pathologique du sommeil. Certains individus bien constitués, vigoureux et sains, beaucoup de paysans, ne connaissent pas le rêve : ils ne rêvent jamais. C'est assurément d'ailleurs l'état idéal du sommeil, c'est-à-dire de l'oubli et de l'inactivité cérébrale absolue.

Les névropathes au contraire rêvent fréquemment et sont d'autant plus fatigués le matin que ces rêves ont été vivement ressentis et désagréables ; il n'y a rien qui brise autant que le cauchemar, or c'est presque le caractère du rêve neurasthénique que d'être pénible et même douloureux. Ce n'est plus le rêve sensoriel d'animaux plus ou moins bizarres qu'on rencontre dans l'hystérie et l'alcoolisme ; c'est le rêve passionnel d'émotions morales attristantes et désagréables. Pourquoi ? se demande Beard : les conclusions physiologiques, sur lesquelles repose la théorie du plaisir et de la douleur, d'après M. Féré, nous semblent en fournir une explication suffisante. — Le plaisir est l'équivalent physiologique de la force et de l'excitation vitales ; la douleur est au contraire l'expression organique de l'épuisement : il est donc logique que les neurasthéniques, qui sont des épuisés, fassent des rêves qui sont l'expression organique de leur état d'affaissement physiologique. En tous cas, le fait clinique du rêve pénible chez les neurasthéniques est un fait d'observation journalière. « Ils rêvent de morts,

d'assassinats, de peines morales de toutes sortes, plutôt que de société agréable, de prairies vertes et de jardins » (Beard). Un autre genre de rêves qui appartient à l'une des formes de la neurasthénie, c'est le rêve sexuel avec excitations génésiques aboutissant à la pollution : ce rêve est doublement fatigant en raison de l'acte dont il s'accompagne.

L'insomnie est surtout fréquente dans la neurasthénie par surmenage intellectuel, de quelque nature qu'il soit, commercial, artistique ou scientifique, elle revêt alors la forme du sommeil difficile à venir, et précédé d'agitations dans le lit, de préoccupations et d'obsessions, d'idées multiples et fugaces, ayant ordinairement trait à la profession du malade : ce genre d'insomnie est souvent la conséquence d'excès de veille.

Le rêve pénible se rencontre plutôt dans les neurasthénies par surmenage moral à la suite d'émotions, de chagrins, ou d'accidents : le rêve-cauchemar, fait du reste partie du cadre classique de la neurasthénie traumatique : les malades de cette catégorie reproduisent souvent dans leurs rêves l'accident dont ils ont été victimes.

Ces troubles du sommeil, nous l'avons déjà dit, sont ordinairement très rebelles particulièrement aux médicaments dits hypnotiques : certains procédés physiques, tels que le bain et surtout le bain statique, peuvent les améliorer : mais l'exercice musculaire, la marche en particulier, exercent sur eux une action variable selon les sujets : les uns s'en trouvent bien et les autres loin d'en éprouver un soulagement voient ces accidents s'aggraver à la suite de la marche ou de tout exercice.

Enfin nous devons signaler une particularité moins intéressante qui fait que certains neurasthéniques dormiront mieux le jour que la nuit, alors que d'autres ne peuvent jamais, pendant le jour, goûter le moindre repos.

La somnolence ou la *tendance au sommeil*, que certains auteurs ont signalées dans la neurasthénie sont au contraire des phénomènes beaucoup plus rares, pouvant s'observer chez certains neurasthéniques âgés ou de nature paresseuse, et plus encore peut-être chez certains hystéro-neurasthéniques : c'est vraisemblablement à cette dernière classe qu'appartenaient les malades cités par Beard comme atteints d'accès de somnolence narcoleptique. Néanmoins c'est un symptôme de fatigue fréquent chez les sujets non neurasthéniques; la tendance au sommeil pendant le jour à la suite d'excès de travail est un fait d'observation journalière, qui peut à la rigueur se développer à l'état permanent chez un neurasthénique débilité.

3. *Rachialgie et Hyperesthésie spinale*. Ce symptôme était autrefois caractéristique de la maladie qu'on appelait *l'irritation spinale*. Armaingaud l'avait très bien décrit en 1872, dans les termes suivants : « douleur perçue le long de la colonne vertébrale, provoquée surtout par la pression sur les apophyses épineuses, présentant des irradiations variées et accompagnée de troubles fonctionnels multiples ». C'étaient ces troubles fonctionnels dont l'ensemble constituait l'irritation spinale. Cette maladie n'existe plus; comme tous les autres états névropathiques protéiformes elle a été englobée par la neurasthénie.

Cette rachialgie est l'analogue de la céphalée : comme celle-ci s'accompagne d'hyperesthésie du cuir chevelu, l'autre s'accompagne également d'hyperesthésie de la peau qui recouvre la colonne vertébrale. Toute la région correspondante présente une vive sensibilité à la pression, au passage de l'éponge mouillée, chaude ou froide, et à l'électricité : cette sensibilité exagérée peut même rendre douloureux le contact des vêtements.

Quant à la douleur rachidienne elle-même, elle consiste en une gêne pénible, plutôt qu'en une véritable douleur ; mais elle communique une certaine raideur à la colonne vertébrale. On dirait presque qu'il s'agit d'un rhumatisme subaigu des articulations vertébrales gênant leurs mouvements et les immobilisant par crainte de la douleur. Cette sensation est en effet aggravée par les mouvements et s'exagère d'ailleurs spontanément sous l'influence d'une aggravation de l'état neurasthénique général. Armaingaud a justement insisté sur la recherche des points apophysaires douloureux, même en l'absence de toute rachialgie accusée par le malade. Mais le plus souvent, les neurasthéniques se plaignent spontanément de ces sensations pénibles de la colonne vertébrale : ils se plaignent de « douleurs dans le dos, entre les deux épaules et au niveau des reins » ; certains attribuent même une importance exagérée à ces souffrances, croyant qu'elles sont le signe d'une maladie pulmonaire grave quand elles siègent entre les omoplates ; d'autres les prennent pour un symptôme d'une maladie de reins, d'autres pour du rhumatisme ou du lumbago.

Bien que ces douleurs vagues existent sur tout le

trajet de la colonne, elles ont un siège de prédilection ou du moins, un maximum d'intensité dans la région cervicale et sacrée. C'est à ces points maximum de la rachialgie que M. Charcot a donné le nom de « *plaque crevicale* » et de « *plaque sacrée* ». Les malades les connaissent et les décrivent bien d'ailleurs ; ils accusent, dans ces régions, la sensation d'un poids douloureux qui s'exagère dans la région cervicale, sous l'influence de la fatigue des membres supérieurs et dans la région sacrée, sous l'influence de la fatigue des membres inférieurs.

Beard a décrit une autre variété qui paraît moins fréquente sous le nom de « *coccydinie* » : elle consiste en une sensation douloureuse localisée au coccyx qui gênerait beaucoup les malades pour s'asseoir : il leur semblerait, d'après Beard, que leur colonne vertébrale est trop longue et que l'extrémité en est très sensible. Cette forme de rachialgie serait plus commune chez la femme que chez l'homme.

D'ailleurs, c'est la loi clinique de la rachialgie en général ; l'auteur américain prétend même, avec une certaine originalité, que « si l'on examinait avec soin toutes les échines des dames de la cinquième avenue à New-York, on trouverait chez presque toutes de l'hyperesthésie spinale et des douleurs de l'épine dorsale. »

Cette hyperesthésie et ces sensations pénibles du rachis peuvent exister isolément : on peut observer une grande sensibilité de la peau de cette région, sans aucune douleur et inversement elles peuvent, en outre, s'accompagner d'autres sensations, de chaleur ou de froid dans le dos, de fourmillement, de picotement et même de brûlure.

Mais tous ces phénomènes rachidiens évoluent parallèlement à l'état général, s'aggravant ou s'améliorant en même temps que lui, disparaissant quelquefois rapidement pour revenir de même : ils sont un jour très intenses et le lendemain très peu accusés. Ils peuvent, dans certains cas, donner le change pour le torticolis cervical ou pour le lumbago : mais ils sont loin d'avoir la même évolution et la même durée.

4. *Amyosthénie* (affaiblissement musculaire).

Ces douleurs de la colonne vertébrale que nous venons d'étudier s'étendent quelquefois aux membres supérieurs et inférieurs dans lesquels elles produisent une sorte de courbature douloureuse. En même temps, elles s'accompagnent d'un certain état de fatigue et d'affaiblissement musculaire ordinairement très pénibles.

Les malades se plaignent d'une sensation de brisement et de faiblesse comparable à celle qu'on éprouve, à l'état de santé, après une longue course ou un exercice trop fatigant. Et cependant, le plus souvent, rien, c'est-à-dire, aucune circonstance extérieure de la vie, ne justifie cette fatigue qui existe d'ailleurs d'une manière presque habituelle et continue. Elle peut en effet se développer ou s'exagérer sous l'influence de causes qui ne sauraient ordinairement la produire, telle qu'une simple promenade ou même une émotion morale.

Cette sensation de fatigue, qui suit également la marche du processus neurasthénique tout entier, c'est-à-dire, qui s'améliore ou s'aggrave en même temps que les autres accidents, est due à un état d'asthénie musculaire considérable, dont il est d'ailleurs facile

de se rendre compte à l'examen dynamométrique.

Et cette asthénie musculaire s'explique elle-même par les raisons physiologiques que nous avons exposées : nous avons vu que toute excitation psychique ou sensorielle s'accompagne au début d'une augmentation de la tonicité musculaire générale, mais aussi que toute excitation aboutissant à l'épuisement s'accompagne d'une diminution notable de la pression dynamométrique. Rien n'est donc plus logique que cet affaiblissement de la tonicité musculaire générale sous l'influence de l'épuisement nerveux par surmenage psychique ou sensoriel, qui caractérise la neurasthénie.

« L'un des phénomènes les plus constants, c'est une fatigue très grande quand ils marchent ; après une course un peu longue, ils ne peuvent plus faire mouvoir leurs jambes, et ces phénomènes s'accompagnent d'une douleur sourde au bas des reins » (Charcot).

Chez d'autres, il se produit une véritable « impotence fonctionnelle des membres inférieurs : les jambes fléchissent dès qu'ils sont debout, les genoux ploient alternativement, surtout en marchant » (Dutil).

Aussi les malades atteints d'amyosthénie deviennent-ils apathiques, paresseux, et loin de lutter contre cet affaissement, ils en subissent l'entière influence et se condamnent au repos dans la crainte d'exagérer leur fatigue. Mais le repos ne calme pas toujours les sensations de courbature douloureuse qui compliquent l'amyosthénie, et il aggrave davantage cette nouvelle impuissance de mouvement.

Il est en effet curieux d'observer que les symptômes de lassitude et de brisement des membres sont beau-

coup plus accusés le matin: les neurasthéniques sont surpris qu'après un long séjour au lit et même après un bon sommeil, ils soient encore aussi fatigués ; ils éprouvent un certain bien-être à reposer leurs membres qu'ils sentent alourdis, et ils ont de la peine à quitter le lit.

Dès lors, ils recherchent instinctivement toutes les occasions de se reposer les jambes allongées et le corps immobile: c'est ainsi que se produit peu à peu une véritable parésie des membres condamnés à l'immobilité, et qui peut même s'accompagner d'un certain degré d'atrophie musculaire. Les jambes sont lourdes et pesantes, les réflexes, ordinairement exagérés au début, s'affaiblissent eux-mêmes, les malades refusent de marcher et de remuer, et pour peu que le terrain soit préparé par l'hérédité à l'hystérie, cette parésie musculaire, qui ne produit le plus souvent que des impotences fonctionnelles, peut aboutir à de véritables paralysies motrices qui sont alors de nature hystérique.

Cet affaiblissement musculaire de la neurasthénie est général, il s'étend aussi bien aux muscles de la vie végétative, qu'aux muscles de la vie de relation; il diminue la tonicité musculaire des organes splanchniques aussi bien que l'énergie motrice des membres. Et c'est vraisemblablement à cette cause, l'amyosthénie générale, que sont dus la plupart des phénomènes splanchniques de la neurasthénie, et particulièrement les phénomènes dyspeptiques que nous allons étudier et que d'ailleurs beaucoup d'auteurs, Beard en tête, ont décrit sous le nom de « dyspepsie par atonie gastro-intestinale »; l'atonie, c'est-à-dire le défaut de

tonicité musculaire paraît être la note dominante de ces symptômes, Nous verrons toutefois qu'il s'y mêle souvent des troubles sécrétoires, dont la caractéristique est encore l'insuffisance de quantité ou le défaut de qualité, c'est-à-dire, tous phénomènes d'infériorité et d'affaissement de la tonalité physiologique générale.

5. *Troubles dyspeptiques.* « Un autre phénomène de la neurasthénie, dit Charcot, c'est cette fameuse dyspepsie dont les malades ont si souvent à souffrir, et qui a fait croire à certains cliniciens que tous les désordres neurasthéniques avaient pour point de départ les affections gastriques, tandis qu'ici c'est le contraire qui est vrai; c'est la neurasthénie qui commence, et c'est l'affection de l'estomac qui complète le tableau ». Le même auteur ajoute plus loin : « On peut être neurasthénique, avoir des vertiges, de la difficulté de la marche, etc., sans que l'estomac se trouble d'une façon notable. L'estomac, quand il intervient, joue son rôle comme la tête et les membres, mais sa participation n'est pas nécessaire. » On peut en effet voir des cas où l'estomac n'est pas atteint, et où s'observent tous les autres symptômes que l'on considère comme caractéristiques de la neurasthénie. Ce premier point était important à établir. Il ne faudrait pas, cliniquement du moins, ne pas chercher ou nier la neurasthénie, parce qu'il n'y aurait pas de troubles dyspeptiques.

Mais il faut également reconnaître que ces troubles sont très fréquents, que ce sont eux dont les malades se plaignent d'abord, qu'ils mettent eux-mêmes le plus en vue, sur lesquels ils font concentrer toute l'attention du clinicien ; or, il ne faudrait pas davan-

tage, parce qu'ils dominent la scène ou préoccupent surtout les malades, se contenter de leur simple constatation, et ne pas rechercher les autres symptômes qui nécessairement les accompagnent dans tout état neurasthénique.

Beard avait bien remarqué que « la dyspepsie nerveuse peut être le premier symptôme de l'épuisement: durant nombre d'années même, l'estomac peut être délabré avant que le cerveau ou la moelle soient gravement atteints » : il n'en concluait pas moins que « cette dyspepsie nerveuse est un symptôme pathologique de même nature et de même origine que tous les autres décrits ici. »

Les troubles dyspeptiques les plus communs, ceux qu'on observe presque constamment dans la neurasthénie classique simple, du moins pendant les premières périodes du mal, sont ceux qu'on a décrits sous le nom de *dyspepsie flatulente ou atonique*.

Ils se développent ordinairement après les repas et consistent au début en une simple *sensation de lourdeur et de plénitude* de l'estomac : les malades sont obligés de se déboutonner ou se délacer ; ils éprouvent une sorte de *gonflement* qui gêne la respiration ; ils sont incommodés par des *bâillements* répétés, des *rougeurs* et des *bouffées de chaleur* qui leur montent au visage ; enfin pendant toute la durée du travail digestif, ils ressentent une sorte de *lassitude générale* et de *torpeur intellectuelle* qui les empêche de se livrer à leurs occupations. La digestion est d'ailleurs lente et laborieuse, s'accompagnant de *renvois* et d'éructations gazeuses qui, le plus souvent, ne sont ni

acides ni fétides, en même temps que de *borborygmes* et d'autres bruits intestinaux.

Plus tard, on observe une véritable flatulence avec ballonnement de l'estomac et météorisme abdominal; les éructations sont plus fréquentes, les borborygmes plus bruyants ; on entend quelquefois un bruit de glouglou ou de tintement métallique, en appliquant l'oreille sur le creux de l'estomac. Pendant les premiers temps, il ne s'agit que d'une faiblesse, d'une atonie de la tunique musculeuse, avec ou sans altération des qualités chimiques du suc gastrique ; mais ensuite, il peut se développer une réelle dilatation avec le phénomène caractéristique du clapotage : toutefois, il est bon de noter que la dilatation n'est pas un symptôme essentiel et nécessaire de la neurasthénie ; les troubles dyspeptiques de l'épuisement nerveux peuvent rester, longtemps et même toujours, limités aux simples désordres fonctionnels que nous étudions ici.

Les vomissements sont rares dans cette forme atonique de la dyspepsie nerveuse, de même que les véritables douleurs (névralgies ou crampes) de l'estomac.

En dehors de ces troubles qui ne se manifestent qu'après les repas, quelles que soient la quantité et la qualité de la nourriture ingérée, on observe chez les neurasthéniques, comme chez beaucoup de névropathes, certaines altérations de l'appétit qui est habituellement capricieux, quelquefois diminué, mais presque toujours assez bien conservé. Beard a noté chez beaucoup de ses malades une diminution considérable de la soif qui leur fait oublier de boire en mangeant ; il attribue même à ce symptôme une importance plus théorique

que pratique dans l'évolution du processus neurasthénique.

Enfin la langue est quelquefois un peu blanche et saburrale, et l'intestin, paresseux comme l'estomac, donne fréquemment lieu au phénomène d'une *constipation* plus ou moins habituelle et opiniâtre.

Tels sont les phénomènes dyspeptiques qui appartiennent communément à la neurasthénie simple, c'est-à-dire, à la forme subaiguë et assez facilement curable de cette névrose: ces phénomènes sont de véritables stigmates de l'épuisement nerveux. Ils sont dus à l'amyosthénie en même temps qu'à l'asthénie générale. C'est en effet de l'ordre amyosthénique que relève l'atonie des couches musculeuses de l'estomac et de l'intestin qui rend ces organes paresseux, la digestion lente et la distension de l'abdomen facile. D'autre part, c'est à l'asthénie générale de l'organisme qu'il faut attribuer la diminution de la fonction sécrétoire des sucs digestifs; et c'est à la diminution de quantité et de qualité (hypochlorhydrie) de ces sucs qu'il faut attribuer les troubles chimiques de cette variété d'hypopepsie, pour nous servir des expressions modernes. La dyspepsie neurasthénique n'est en effet qu'un genre d'hypopepsie par amoindrissement de la tonicité musculaire des organes digestifs, et par déficit quantitatif et qualificatif des sucs digestifs.

Si l'on voulait s'en assurer il suffirait de mettre en œuvre les procédés d'exploration mécanique et chimique à l'aide desquels on peut se rendre compte, 1° que les parois musculaires de l'estomac ne sont plus suffisantes à expulser le repas d'épreuve en sept heures et qu'après ce laps de temps on trouve encore

dans la poche gastrique des débris alimentaires, 2° que les sucs chimiques sécrétés sont également insuffisants en principes chlorurés pour produire une digestion idéale.

Mais franchement ces procédés relèvent plutôt du laboratoire que de la clinique et nous ne nous attarderons pas à les décrire : ils deviennent d'ailleurs parfaitement inutiles à l'œil exercé du clinicien, du moins dans la situation présente, en face des désordres dyspeptiques caractéristiques de la neurasthénie.

Il n'y a pas en effet que l'aspect de ces désordres isolés qui permette de les reconnaître : il faut tenir compte de leur entourage et de leur évolution ; il suffit de savoir comment ils ont débuté plus ou moins brusquement à la suite d'un surmenage nerveux quelconque, moral surtout, chez un sujet qui n'avait aucune autre raison d'en être atteint ; comment ils ont évolué en compagnie de la céphalée, de l'amyosthénie, et de l'insomnie; avec quelle facilité ils subissent l'influence de l'état général, et, nullement ou très peu, de la diététique alimentaire qu'on leur impose ; comment ils disparaissent brusquement pour reparaître de même ; comment enfin ils s'améliorent ou s'aggravent parallèlement au processus neurasthénique tout entier.

Quant aux désordres gastro-intestinaux qui peuvent survenir ultérieurement (dilatation, gastro-enteroptose, colite, accès d'obstruction, etc.), nous les considérons comme des désordres secondaires, non essentiels et les décrirons dans cette partie de notre étude.

6. — *Troubles de l'appareil génital chez l'homme*

et chez la femme. Ces troubles ont été surtout décrits et ils sont d'ailleurs le plus manifestes chez l'homme : ils sont à ce point fréquents et particuliers qu'on a pu les classer dans la série des désordres stigmatiques de la neurasthénie. Ils varient néanmoins selon les causes qui ont présidé à l'éclosion du mal et selon les individus chez lesquels ils se produisent.

Dans certains cas en effet, on pourrait presque les accuser d'être la cause plutôt que le résultat de l'épuisement nerveux : ils ont, du reste, supporté longtemps cette accusation d'une manière très directe et trop absolue. Les excès génitaux et la spermatorrhée chez l'homme, les lésions utéro-ovariennes chez la femme ont été, de vieille date, formellement incriminés de produire tous les désordres névropathiques dans lesquels on les rencontrait.

Or, il est surtout vrai de dire que, dans la plupart des cas, les troubles génitaux sont plutôt un résultat symptomatique qu'une raison d'être étiologique de l'épuisement nerveux.

Les neurasthéniques commencent d'ordinaire par une certaine *hyperexcitabilité* du sens génital qui aboutit assez rapidement à l'*impuissance*.

L'*hyperexcitabilité génitale* qui s'observe surtout au début se traduit par des désirs fréquents, mis en éveil par la simple lecture ou par le souvenir de scènes érotiques, ou encore par la vue d'une femme plus ou moins agréable. Ces désirs s'accompagnent très facilement d'érection et si l'excitation imaginaire se prolonge ou si le coït se pratique, l'éjaculation se fait avec une excessive rapidité, souvent même avant que l'intromission péniene ne soit complète. Quelques

malades se plaignent même que l'érection soit provoquée par des excitations mécaniques, telles que les secousses et les cahots répétés des voitures : une simple course dans un omnibus mal suspendu sur le gros pavé des rues détermine chez eux la turgescence du pénis pendant toute la durée du trajet. D'autre part, les neurasthéniques à cette période sont souvent réveillés la nuit par des pollutions avec ou sans rêves érotiques et le matin la plénitude de la vessie suffit à provoquer la turgescence. Mais ces phénomènes d'hyperexcitabilité sont déjà les premiers signes de la faiblesse : déjà la rapidité des éjaculations et la fatigue plus ou moins douloureuse qui suit les plaisirs génitaux sont un indice de l'épuisement nerveux auquel ces premiers désordres sont dus.

Ces désordres n'éveillent pas toujours suffisamment l'attention des malades qui y trouvent plutôt la preuve d'une virilité qui n'est que factice et dangereuse. Il n'en est pas de même de l'*impuissance :* ce nouveau trouble est, en effet, d'autant plus notoire qu'il a été précédé d'une période de puissance apparente ; aussi les neurasthéniques s'en plaignent-ils et le signalent-ils au médecin comme un de ceux qui les préoccupent le plus. Le désir sexuel est éteint, ou ne se produit qu'à de rares intervalles : l'érection est devenue difficile, sinon impossible et n'aboutit que péniblement et inconstamment à l'éjaculation. Souvent l'acte sexuel commencé en raison d'une érection apparemment suffisante, ne peut se faire complètement en raison d'une disparition plus ou moins brusque de la turgescence et surtout en raison du peu d'intensité du désir.

Enfin la véritable *spermatorrhée* peut venir compliquer et aggraver la situation : ces pertes séminales involontaires ne se produisent d'abord qu'à des intervalles éloignés, entremêlées de pollutions nocturnes ; puis elles deviennent plus fréquentes et contribuent alors à augmenter l'épuisement général ; mais, en réalité, la spermatorrhée proprement dite, de cette gravité, est rare dans la neurasthénie commune.

C'est l'impuissance ou mieux encore la frigidité génésique qui dominent la scène chez l'homme et la disparition de ces troubles génitaux, est, comme dans beaucoup d'autres maladies du reste, un signe favorable du retour à la santé.

Chez la femme dont l'excitabilité génésique n'a pas ordinairement, à l'état physiologique normal, la même intensité et les mêmes raisons d'être que chez l'homme, il est rare qu'on observe une hyperexcitabilité génitale sous l'influence de la neurasthénie.

D'autre part, l'*impuissance sexuelle* est, d'habitude aussi, moins notoire chez la femme : néanmoins on peut l'observer d'une manière accidentelle dans certains cas d'épuisement nerveux. L'impuissance consiste, en pareil cas, dans l'absence ou la diminution des désirs génésiques, dans une certaine répugnance à laisser pratiquer l'acte sexuel, enfin dans l'absence du plaisir au moment du coït. Il existe, en effet, des femmes qui, douées d'une physiologie sexuelle normale avant le début des accidents neurasthéniques, sont peu à peu tombées dans cet état d'impuissance génitale dont nous venons d'indiquer les principaux traits. Ces phénomènes s'observent surtout chez les femmes pour lesquelles l'abus des plaisirs sexuels

ou l'onanisme ont pu entrer en cause dans la production de la neurasthénie.

Mais les désordres génitaux les plus fréquents chez la femme tombée dans l'épuisement nerveux sont ordinairement d'un autre ordre. On sait depuis longtemps la coïncidence fréquente qui existe entre les troubles névropathiques et les maladies de l'appareil utéro-ovarien ; autrefois celles-ci engendraient celui-là ; aujourd'hui c'est le contraire qui serait plus volontiers admis. On ne saurait cependant exagérer dans ce sens et reconnaître, comme certains auteurs, que l'irritation du plexus nerveux est capable d'engendrer à la longue depuis le simple ulcère jusqu'aux végétations cancéreuses du col utérin.

Les lésions organiques graves de l'appareil génital de la femme ne sauraient s'expliquer par le simple épuisement nerveux : elles sont plutôt capables d'en favoriser l'évolution ou d'en aggraver les accidents. Mais nous avons déjà fait remarquer que la neurasthénie se rencontrait de préférence avec de petites lésions en apparence insignifiantes et très légères : quel est exactement le rapport de ces lésions avec l'état général ? celui-ci ne peut-il pas à la rigueur les expliquer ? toujours est-il que certaines disparaissent sans autre intervention locale, avec la guérison de l'état général. Il y aurait donc, pour celles-là du moins, lieu d'admettre qu'elles relèvent assez directement de l'épuisement neurasthénique.

Mais en outre de ces lésions bénignes, il existe toute une série de désordres fonctionnels, qui évoluent parallèlement à l'état nerveux et sous son influence. C'est la *leucorrhée*, certaines formes de *dysmé-*

norrhée, certaines *crises hyperesthésiques et névralgiques des périodes menstruelles,* enfin certaines *manifestations douloureuses de l'utérus et de ses annexes.* Tous ces phénomènes dont l'apparition a pu précéder la période active de la neurasthénie sont directement influencés par elle, persistant ou s'aggravant selon qu'elle persiste ou s'aggrave elle-même, n'étant jamais entièrement guéris par les procédés de la thérapeutique locale, subissant au contraire l'influence heureuse et manifeste du traitement général favorable à l'épuisement nerveux.

7. — *Etat mental des neurasthéniques.* On peut en réalité décrire un véritable état mental des neurasthéniques comme on a déjà décrit l'état mental des hystériques. Cet état est ici caractérisé par des phénomènes de dépression intellectuelle et morale.

L'affaissement psychique n'est qu'une des formes de l'épuisement nerveux général : il correspond assez exactement au degré de l'affaiblissement musculaire. On sait que l'attention ou tension de l'esprit correspond à un certain état de tension musculaire (Féré) : or, chez les neurasthéniques dont l'énergie musculaire est diminuée, il n'est pas étonnant d'observer une diminution parallèle de la vigueur psychique : non pas que l'une soit dépendante de l'autre, mais l'une ne va pas sans l'autre et l'asthénie psychique de même que l'amyosthénie ne sont que des manifestations équivalentes de l'épuisement de la tonalité physiologique générale.

Cette asthénie psychique donne lieu à différents désordres de la sphère purement intellectuelle et de la sphère morale.

Du côté de l'intelligence on observe une *impotence fonctionnelle du cerveau* plus ou moins accusée qui rend difficiles et même pénibles les travaux ordinaires de l'esprit. Les malades appartenant aux professions libérales ne peuvent plus se livrer à leurs occupations ordinaires : leur attention ne peut se concentrer sur le sujet de leurs études ; leur esprit vacille dans toutes les directions ; leur imagination s'égare et les emporte loin de leur sujet. Ils sont instinctivement obligés de varier leur travail, ne pouvant longtemps continuer le même : on sait d'ailleurs que la variété dans les occupations intellectuelles est un des meilleurs moyens de prévenir la fatigue.

Ils quittent leur bureau, se lèvent et marchent un peu, commencent diverses besognes qu'ils ne peuvent finir et se dégoûtent bientôt de celle qu'ils ont commencée : ils se laissent facilement distraire par les bruits du dehors ou la vue des objets qui les entourent : en un mot, ils ne sont plus les maîtres de leur énergie psychique.

Les uns s'énervent et s'irritent en présence de cette impuissance intellectuelle : les autres s'abandonnent à leur affaissement et s'oublient dans la rêverie ou la somnolence : mais tous sont également impuissants à produire leur travail habituel.

Les artistes ne trouvent plus ni la couleur ni les lignes de leur dessin, ni les savantes combinaisons des notes musicales ; les hommes de lettres poursuivent inutilement les rimes de leurs vers ou les justes expressions de leur pensée : les mots aussi bien que les idées leur font défaut ; les savants oublient leurs formules et leurs chiffres et s'ils persistent dans leurs

calculs, le mal de tête les empoigne et les oblige décidément à s'arrêter.

L'ouvrier lui-même n'a plus le goût à son travail ; il ne sait par quel bout le prendre et le laisse souvent inachevé : quelques-uns racontent même qu'ils ont momentanément perdu l'usage ou du moins l'habileté ordinaire pour manier leurs outils : ils hésitent avant de s'en servir et redoutent de montrer leur maladresse.

Beard a très bien décrit certains de ces états psychiques, qui rendent la lecture, la couture, et en un mot toute étude et tout travail difficiles, « on prend, dit-il, un livre ou un journal et on en lit un paragraphe, une demi-douzaine de fois, sans savoir ce qu'il contient et sans pouvoir dire ce qu'on a lu. On jette le livre, de découragement et on essaie d'écrire une lettre ; mais il faut souvent y renoncer avant d'avoir rempli la première page ; l'esprit voyage dans un rêve diurne, aussi loin que possible du sujet poursuivi par la pensée et ce rêve fait vite oublier le travail qu'on avait entrepris ».

Il arrive encore, ajoute-t-il, de dire une chose et d'en penser une autre, quelquefois même de dire le contraire de ce qu'on voulait et mieux encore de laisser échapper ce qu'on aurait voulu éviter de dire ; c'est un phénomène pour lequel on a proposé le nom d'*hétérophémie* et qui tient simplement à une diminution considérable du pouvoir de l'attention.

Enfin Beard signale une véritable *dyslalie neurasthénique* qui fait que les malades trouvent difficilement le mot dont ils ont besoin et sont obligés d'en prononcer cinq ou six pour trouver celui qu'ils cher-

chent : nous avons connu le père d'une nombreuse famille qui, pendant une période de neurasthénie, était obligé pour appeler son fils cadet de nommer d'abord les cinq autres enfants qui le précédaient : d'autrefois « les malades disent un mot pour un autre et demandent une chaise pour un journal ou réciproquement ».

Cette *diminution de la mémoire* est également un phénomène fréquent de la neurasthénie; mais elle n'intéresse pas que la mémoire des mots parlés, elle atteint toute la mémoire générale : les malades oublient non seulement les noms propres ou communs, mais souvent aussi les faits et surtout ceux qui sont les plus rapprochés, ne se rappelant pas le lendemain ce qu'ils auront fait la veille : cette amnésie semble en effet frapper plus particulièrement la période d'existence qui s'est écoulée depuis le début des accidents neurasthéniques : ce fait s'explique bien d'ailleurs par l'affaiblissement général des facultés psychiques, qui cessent d'enregistrer avec la même précision les faits d'ailleurs si variables et fugaces qui n'attirent que superficiellement l'attention amoindrie des neurasthéniques. Cette particularité de l'amnésie neurasthénique permet de la distinguer d'autres amnésies provoquées par l'hystérie ou le traumatisme, c'est-à-dire, par des affections qui peuvent s'associer à la neurasthénie.

Du côté du caractère, l'affaissement moral se traduit essentiellement par de l'indécision et par une véritable aboulie.

Les neurasthéniques manquent le plus souvent d'énergie morale et se laissent facilement aller au

découragement : aussi, sont-ils enclins aux préoccupations tristes et à certaines obsessions parfois angoissantes. La préoccupation de leur santé est une des plus importantes ; ils se figurent volontiers être gravement malades ; les uns croient avoir une affection du cœur, les autres une maladie grave du système nerveux ou des voies digestives, selon la prédominance des symtômes qu'ils éprouvent. Mais contrairement aux véritables malades atteints de lésions organiques, ils abandonnent facilement tout espoir au succès de leur guérison ; ainsi un cancéreux ou un phtisique arrivés au dernier terme de la cachexie conservent encore l'espérance de se rétablir ; le neurasthénique à peine atteint se décourage rapidement : c'est qu'il n'a plus la force nerveuse seulement nécessaire pour tenir à la vie : il faut, selon Beard, « une certaine dose d'énergie, inconsciente mais nécessaire, pour supporter le fardeau de l'existence, il faut un certain degré de force pour s'empêcher de mourir, comme pour se tenir debout », cette force nécessaire, cette tonalité morale, le neurasthénique épuisé ne l'a plus : les réactions organiques sont dans une sorte de torpeur comparable à celle du demi-sommeil : l'homme à demi réveillé ne dispose pas de toute son énergie pour parer au danger ou à l'attaque qui le menacent : il s'abandonne plus facilement à la fatalité des circonstances, il ne résiste pas.

La préoccupation de sa maladie peut produire chez le neurasthénique une sorte d'état hypocondriaque : mais il est juste de remarquer que cette *hypocondrie neurasthénique* est loin d'être tenace et obsédante comme la véritable hypocondrie.

Elle cède facilement, pour quelque temps du moins, aux consolations et aux encouragements de l'entourage et du médecin ; elle cède même aux améliorations plus ou moins passagères de l'état général ; mais il faut aussi reconnaître qu'elle reparaît aussi facilement sous l'influence de la moindre aggravation.

Elle peut néanmoins, dans quelques cas, être poussée assez loin pour engendrer des idées de suicide qui n'ont toutefois aucun des caractères de l'idée impulsive monomaniaque. Le neurasthénique parle bien de se suicider et va même jusqu'à le désirer : mais quand la neurasthénie simple, non compliquée d'hérédité psychopathique, a poussé le malade jusqu'à cet état d'affaissement moral qui lui fait désirer le suicide, elle ne lui a laissé ordinairement pas le courage de mettre son désir à exécution : on ne connaît pas d'exemple de neurasthénie simple ayant eu de telles conséquences. Le suicide est le plus souvent un phénomène d'impulsivité : or, c'est précisément un des caractères qui distingue l'aboulie neurasthénique de l'aboulie hystérique, c'est que la première n'a pas l'impulsivité réflexe de la seconde.

Cette aboulie, ce défaut de résistance personnelle aux impressions extérieures ou aux sensations intérieures met le neurasthénique dans la situation de l'âne de Buridan. Il ne sait pas prendre une décision : il hésite et se demande s'il doit faire ceci ou ne le pas faire, aller là ou n'y pas aller, écrire une lettre ou ne pas l'écrire, la jeter dans cette boîte ou dans une autre, traverser une rue ou rester sur le même trottoir. Ces hésitations sont quelquefois très pénibles, tourmentent l'esprit du malade et peuvent aller jusqu'à

produire l'angoisse. Il se crée alors de véritables états d'anxiété, de craintes exagérées, décrits sous les noms *d'agoraphobie* (peur des grandes places), de *claustrophobie* (peur des endroits fermés), *pathophobie* (peur des maladies), *astraphobie* (peur de l'éclair), *anthropophobie* (peur de la société), *monophobie* (peur de l'isolement), *phophophobie* (peur d'avoir peur), *pantophobie* (peur de toutes choses), etc. Mais, ainsi que nous le dirons plus loin, en étudiant ces divers états d'anxiété, il est rare, il n'est même pas prouvé, que la neurasthénie simple, par surmenage, puisse déterminer ces manifestations véritablement psychopathiques, à moins qu'il ne s'agisse d'un malade déjà porteur d'une tare héréditaire évidente.

Ce qui caractérise surtout l'état moral des neurasthéniques ordinaires, c'est le découragement, la crainte exagérée de leur mal et l'indécision.

Un autre côté du caractère neurasthénique, mais qui s'observe surtout au début, c'est *l'irritabilité* excessive, *l'impressionnabilité* exagérée à tout ce qui peut exciter son système nerveux. Les moindres bruits, les rires des amis, les jeux des enfants, les menus faits et tracas de la vie domestique, l'agacent et l'énervent. Les malades se mettent en colère pour des riens, s'inquiètent et s'agitent pour les plus légères futilités. On peut observer ces phénomènes, d'une manière accidentelle et passagère, chez des individus fatigués et surmenés momentanément ; mais leur persistance chez des malades qui passaient autrefois pour calmes et tolérants, est un signe évident d'irritabilité neurasthénique par défaut de résistance, par « diminution du contrôle mental », selon l'expression de Beard.

II. — Symptômes secondaires ou accessoires de la Neurasthénie.

Il faut entendre par là tous les symptômes variés qui se produisent plus ou moins fréquemment et en plus ou moins grand nombre au cours des divers états neurasthéniques, mais dont la présence ne suffirait pas à caractériser l'épuisement nerveux.

Ces symptômes ne sont pas en effet spécifiques de l'affection : ils se développent plutôt en raison de prédispositions individuelles ou de circonstances étiologiques spéciales ; ils affectent souvent une allure assez typique pour permettre de soupçonner, rien qu'en les constatant, la maladie générale dont ils dépendent ; ils peuvent même prédominer sur les symptômes principaux et donnent alors à la neurasthénie une modalité clinique particulière ; mais encore une fois, outre que, dans le tableau général de l'épuisement nerveux, ils sont plus rares que les précédents, ils ne sont jamais nécessaires à formuler le diagnostic et doivent au contraire être toujours associés à l'un ou l'autre des symptômes vraiment stigmatiques.

Sans doute, les accès vertigineux, les troubles cardiaques et l'asthénopie des neurasthéniques sont des phénomènes fréquents chez ces malades : ils ont en outre un cachet spécial qui fait immédiatement soupçonner leur origine ; mais alors ils n'existent pas seuls et sont toujours accompagnés d'un ou de plusieurs des phénomènes typiques de la neurasthénie.

Si l'épuisement nerveux les produit souvent et leur communique un caractère particulier, il ne les produit pas nécessairement toujours et il ne les produit jamais

sans avoir déjà déterminé la céphalée, la rachialgie, la dyspepsie, l'amyosthénie ou l'état mental qui servent de marque de fabrique commune à tous ces symptômes.

Ce sont donc bien des symptômes accessoires, c'est-à-dire n'occupant que le second plan dans le tableau : ce sont les personnages secondaires de l'action, dont nous avons déjà étudié les rôles principaux.

Les plus fréquents sont les *vertiges*, les *troubles oculaires* et surtout l'*asthénopie*, les *troubles circulatoires*, certains *désordres de la sensibilité et de la motilité générales*, certaines *complications de la dyspepsie* neurasthénique, quelques *troubles spéciaux des sécrétions et de la respiration*, enfin des *désordres particuliers de nature idiosyncrasique*.

Quant aux états d'anxiété, aux diverses phobies, que Beard et quelques auteurs, après lui, ont classés dans la catégorie des symptômes ordinaires de la neurasthénie commune, nous pensons, qu'en dehors des formes primitives et simples qui relèvent plutôt de l'aboulie que d'une véritable phobie, il y a lieu de considérer les autres plutôt comme des complications psychopathiques d'ordre héréditaire. Notre observation personnelle et l'opinion des maîtres que nous avons interrogés à ce sujet confirme cette manière de voir, que ces états d'anxiété appartiennent soit à titre de symptôme aux formes héréditaires de la neurasthénie, ou se développent, à titre de complication, chez des neurasthéniques ayant une tare héréditaire psychopathique. Ils n'ont donc pas leur place dans l'étude des symptômes ordinaires de la neurasthénie commune par surmenage et épuisement simples.

1. — *Vertiges*. C'est quelquefois un des symptômes les plus pénibles de la neurasthénie : il peut même dans certains cas ouvrir la scène par un début brusque. Sans doute, le malade est préparé par un surmenage antérieur : il éprouve déjà des troubles nerveux variés, mais peu intenses ou passagers, qui n'ont pas encore fixé son attention, lorsque tout à coup il est pris d'un accès vertigineux plus ou moins violent, à la suite duquel tous les autres phénomènes s'aggravent.

Le *vertige neurasthénique* a des caractères spéciaux qui permettent de le distinguer des autres vertiges : il affecte des formes variées dont l'intensité est également diverse et qui vont depuis le simple étourdissement jusqu'au grand vertige avec oscillations du sol et sensation de chute.

L'*étourdissement* s'observe dans les phases en quelque sorte préliminaires de l'affection : il est si passager qu'on le met sur le compte d'un excès de fatigue accidentel et qu'on n'y attache pas d'autre importance. Dans d'autres cas, il apparaît ou se continue en pleine neurasthénie comme la forme atténuée du vertige. C'est une sorte d'éblouissement rapide, avec sensation giratoire dans le cerveau et obscurcissement rapide des objets environnants : les malades ferment les yeux quelques secondes, appuient la tête dans leurs mains et tout est fini : c'est plutôt une sensation d'absence momentanée qu'une sensation de vertige ; les objets ne tournent pas et le sol n'est pas en mouvement.

L'*accès vertigineux* proprement dit est lui-même plus ou moins violent : mais en général il produit tou-

jours une sensation de déplacement brusque des objets par rapport au malade ou inversement du malade par rapport à ce qui l'entoure. « Tantôt il est giratoire et les objets tournent autour d'un axe fictif qui traverse le corps, ou bien c'est le sol qui se soulève, qui se creuse, ou qui donne la sensation d'un bateau ; d'autres fois les objets oscillent, se lèvent et s'abaissent ; enfin certains malades comparent ce qu'ils voient à un tourbillon » (Krishaber). Mais d'autres fois aussi les sensations vertigineuses sont plus violentes : les malades se sentent entraînés, tantôt à droite, tantôt à gauche, en avant ou en arrière ; « certains sont attirés à terre et d'autres se sentent comme enlevés en l'air. » Il est rare toutefois que ces impulsions soient suivies de l'acte : « Les malades ont bien l'idée de la chute, mais ils ne tombent pas ; dans le vertige neurasthénique, comme dans le vertige de Ménière, la sensation est la même que celle qu'on éprouve sur un bateau quand la mer est agitée ; mais c'est seulement dans le vertige auriculaire que les malades ont la sensation horrible que la terre s'entr'ouvre et qu'ils descendent soudain dans les dessous, comme à travers une trappe de théâtre » (Charcot). Le vertige neurasthénique peut en effet dans quelques cas simuler le vertige de Ménière. Il peut s'accompagner comme lui de bruits dans les oreilles, de nausées et même de vomissements. C'est d'ailleurs en raison de ces derniers phénomènes qu'on prend quelquefois le vertige neurasthénique pour un vertige gastrique : la confusion devient encore plus facile quand les accès vertigineux paraissent être influencés par l'état de l'estomac. Or, à moins que le vertige ne

puisse être rattaché à une lésion réelle, primitive et isolée de l'estomac, la plupart des vertiges gastriques ne sont autres que des vertiges neurasthéniques.

Enfin, on peut rencontrer, mais plus rarement, dans la neurasthénie, un *état vertigineux permanent* plus ou moins accusé, variant avec l'évolution du processus névrosique général et qui communique à la démarche une apparence de titubation, en même temps qu'il la rend pénible et difficile.

2. — *Troubles des sens spéciaux*. — *a. Troubles oculaires*. Parmi les désordres des sens spéciaux ce sont les plus fréquents et les plus importants à connaître en raison des erreurs de diagnostic auxquelles ils pourraient donner lieu et des renseignements qu'ils fournissent sur la nature et la marche de la maladie.

La *congestion des conjonctives* s'observe surtout le matin, les yeux sont alors rouges et un peu bouffis, avec sensations de picotement et de cuisson : ce phénomène disparaît assez rapidement. Il peut se manifester sous l'influence d'un accroissement de l'état neurasthénique, dont il suit d'ailleurs les fluctuations, plus accusé ou à peine apparent alors que l'état général est plus ou moins accusé lui-même. Beard raconte qu'un de ses malades, lorsqu'il était plus souffrant, avait les conjonctives tellement injectées qu'on eût pu croire qu'il avait bu ou subi l'action d'un refroidissement.

La *pesanteur des paupières* est également manifeste, le matin surtout : il se produit quelquefois une véritable bouffissure qu'il faut se garder de confondre avec l'œdème matutinal du mal de Bright : cette lour-

deur des paupières est vraisemblablement due à un état parétique des muscles palpébraux, qui n'est lui-même qu'une manifestation de l'amyosthénie générale.

Les *phénomènes pupillaires* qu'on observe fréquemment méritent d'être étudiés avec soin : ils consistent tantôt dans la *dilatation*, tantôt dans des *alternatives de dilatation et de resserrement,* tantôt dans une *inégalité évidente des pupilles*. La dilatation habituelle est le phénomène le plus fréquent: mais le plus remarquable et le plus caractéristique de la situation c'est la rapidité avec laquelle se succèdent la dilatation et la constriction au cours de la maladie et même dans le courant d'une seule journée, sinon de quelques heures. Si on examine les pupilles le matin, elles peuvent être dilatées, le midi elles seront resserrées et petites ; puis le soir elles auront repris l'aspect du matin. Ces changements fréquents et variables du champ pupillaire appartiennent presque exclusivement à l'état neurasthénique.

L'inégalité des pupilles qui appartient plutôt à certaines maladies organiques peut également s'observer dans la neurasthénie ; mais alors elle se produit avec une inconstance et une variabilité qui la font reconnaître. Ainsi elle peut exister un ou plusieurs jours et disparaître : il arrive encore que la pupille droite étant dilatée et la gauche rétrécie, on observe l'inverse le lendemain ou même quelques heures après la première constatation ; la carte est retournée : c'est la pupille droite qui est rétrécie et la gauche dilatée. Une telle mobilité dans ce phénomène de l'inégalité pupillaire ne s'explique pas par une lésion organique fixe : et en somme ces différentes modalités de la *pu-*

pille neurasthénique ont pour caractère leur fugacité et leur variabilité, toujours en rapport avec les modalités de l'état général.

Toutefois de tous les phénomènes oculaires, le plus pénible pour les malades et le plus tenace est un genre d'asthénopie qui mérite bien le nom d'*asthénopie neurasthénique* et dont nous emprunterons la description à Beard qui a le premier observé avec beaucoup de précision tous ces symptômes. Il déclare ne les avoir jamais vu indiqués dans les traités d'ophtalmologie et, depuis sa description, cette asthénopie spéciale est entrée dans la littérature classique des troubles oculaires. Elle a cela de spécial, c'est qu'elle ne paraît pas tenir à un véritable défaut de l'accommodation d'origine musculaire, puisque les verres n'y font rien et ne peuvent la guérir.

On ne trouve rien à l'examen de l'œil, même avec les meilleurs procédés de l'ophtalmologie moderne. L'œil neurasthénique se fatigue très rapidement et doit renoncer à tout travail de lecture, de couture, d'écriture, etc. : il est en outre atteint d'une sorte d'hyperesthésie de la rétine qui lui a fait donner le nom d'*œil irritable*.

Il se produit parfois de véritables accès d'asthénopie, pendant lesquels toute application de la vue devient très douloureuse et même impossible : ces accès peuvent durer de quelques heures à quelques jours et même plusieurs semaines : ils subissent encore l'influence de l'état général et varient comme lui. On a pu examiner l'œil pendant ces attaques et on a constaté un certain degré de congestion veineuse passive de la conjonctive et de la rétine : mais cette congestion

n'est que le résultat et non la vraie cause du mal. Beard suppose que cette congestion des membranes de l'œil indique une congestion parallèle et de même nature dans les centres nerveux eux-mêmes : il paraît d'ailleurs vouloir rattacher toutes les poussées du processus neurasthénique à des troubles vasomoteurs dans le cerveau et la moelle : il compare ainsi l'irritation cérébrale, spinale, mammaire, ovarique, testiculaire, etc. à la congestion qui produit l'œil irritable et se traduit à l'extérieur par les accidents asthénopiques de la neurasthénie.

On a prétendu à tort que cette asthénopie nerveuse était particulière aux femmes ; aussi l'avait-on appelée l'asthénopie utérine. Elle est peut-être plus fréquente chez la femme ; mais elle existe aussi chez l'homme ; peut-être même, ajoute Beard, « les plus mauvais cas étaient-ils chez l'homme ». Il a ainsi entrevu, dans ce passage, la ténacité et la gravité particulière qu'offrent les accidents neurasthéniques et hystériques dans le sexe masculin.

En outre de ces phénomènes locaux, l'œil des neurasthéniques offre, en général, un aspect fatigué : le regard est alangui, les paupières bistrées et la paupière inférieure entourée d'un cercle bleuâtre qu'on observe si fréquemment dans tout état d'épuisement organique : cette *expression de débilité* s'accompagne quelquefois d'un certain degré de protrusion du globe et d'une décoloration de la sclérotique devenue terne : « quand cet œil blanc et terne redevient bleu et brillant, c'est un excellent signe d'amélioration, et les femmes qui s'en aperçoivent s'en réjouissent. » (Beard).

Enfin ces troubles de la vue peuvent encore se compliquer de *sensations subjectives* de brouillards, de mouches volantes, d'images flottantes qui apparaissent et disparaissent sous la moindre cause d'excitation, mais qui ne correspondent à aucune altération ophtalmoscopique des milieux de l'œil.

b. Troubles de l'ouïe. — Il est d'observation vulgaire que tous les névropathes ont une *excitabilité anormale* du sens de l'ouïe qui les rend très sensibles à tous les bruits du dehors et leur rend très désagréable le séjour dans les réunions bruyantes et surtout dans les rues des grandes villes où la circulation des voitures est très active. Mais cette hyperexcitabilité devient vraiment maladive chez les neurasthéniques, c'est au point que les mille bruits de la rue et même de l'intérieur domestique, les agacent, les poursuivent et les empêchent de se livrer à tout travail : d'autres malades sont particulièrement sensibles à certains bruits : le frôlement de la soie, le grincement d'un crayon qu'on taille, le tic-tac des pendules, etc., déterminent chez eux des phénomènes d'irritabilité générale très pénible, c'est pourquoi les névropathes et les neurasthéniques recherchent avec raison les rues calmes et les pièces les plus tranquilles de leur appartement, afin d'éviter l'obsession fatigante de ces bruits qui augmente leur état d'épuisement nerveux.

A cette hyperexcitabilité de l'ouïe qui est commune à presque tous les neurasthéniques, mais qui varie proportionnellement à la gravité de leur état général et s'exagère par poussées, on voit quelquefois s'ajouter des *sensations subjectives* également très pénibles ; ce sont surtout des *bourdonnements d'oreilles*

qui compliquent ordinairement l'état vertigineux et peuvent faire penser au vertige de Ménière : mais on n'observe, en pareil cas, aucune lésion de l'appareil auditif ; ce sont encore des bruits de battement ou de souffle, isochrones aux pulsations : ces bruits se produisent particulièrement le soir quand le malade est couché et ils suffisent quelquefois, par l'agacement qu'ils provoquent, à empêcher le sommeil. Ils se produisent aussi pendant le jour sous l'influence d'une émotion morale ou d'une certaine tension d'esprit et quand les malades baissent la tête en avant ou la renversent en arrière. Tantôt enfin, ce sont des bruits divers, des sifflements continus ou de courte durée, des tintements métalliques, des bruits de vent qui souffle ou d'eau qui tombe et parfois des explosions soudaines qui surprennent le malade au milieu de la plus apparente tranquillité. Toutes ces sensations auditives, qu'on observe fréquemment dans les lésions de l'oreille moyenne, ne reconnaissent ici pour cause aucune altération de l'appareil auditif. Elles sont purement subjectives, mais elles ne sont ordinairement pas continues et obsédantes comme dans les maladies de l'oreille et puis on ne les rencontre pas fatalement dans tous les cas de neurasthénie.

Ainsi que Beard l'a indiqué, ces troubles de l'ouïe sont vraisemblablement dus à une hyperesthésie du nerf auditif, provoquée elle-même par des troubles vaso-moteurs, exactement comme les troubles oculaires et l'hyperesthésie rétinienne.

c. *Troubles du goût et de l'odorat.* — On observe également certains désordres de ces deux sens ; mais ils n'ont vraiment rien de particulier chez les neuras-

théniques et se rencontrent aussi bien dans beaucoup d'autres états névropathiques mal définis. Ils ne sont pas d'ailleurs très communs ici. Ils consistent surtout en sensations subjectives qui font trouver aux aliments des goûts bizarres, salés, sucrés, ou acides qu'ils n'ont pas ou qui empêchent les malades de trouver aucun goût aux mets les mieux préparés : ils consistent de même en une certaine appétence exagérée pour les aliments acides ou crus et d'autres fois une vive répugnance pour la viande.

L'odorat peut être le siège d'une irritabilité spéciale qui rend les malades très susceptibles à l'action de certaines odeurs et provoque, en pareil cas, des désordres nerveux réflexes plus ou moins graves ; c'est ainsi que certains parfums ou certaines odeurs médicamenteuses déterminent des syncopes ou de véritables états d'anxiété. D'autre part, quelques malades se plaignent d'odeurs subjectives de phosphore, d'ozone, de soufre, etc., qui paraissent n'avoir aucune raison d'être, à moins qu'il ne s'agisse d'une hyperacuité olfactive pour les variations de l'état atmosphérique.

Mais encore une fois, ces troubles du goût et de l'odorat n'ont rien de spécial à l'état neurasthénique et s'y rencontrent même assez rarement.

3. — *Troubles de la sensibilité générale.* — Ils sont loin d'avoir ici l'importance qu'on leur connaît dans l'hystérie : ils affectent d'ailleurs plutôt la forme hyperesthésique qu'anesthésique : l'anesthésie et l'analgésie proprement dites n'appartiennent pas à la neurasthénie simple.

Nous avons déjà étudié les principales *localisations*

de l'hyperesthésie, dans l'épuisement nerveux en décrivant l'hypersensibilité du cuir chevelu et de l'épine dorsale. Mais on peut en outre rencontrer des plaques d'hyperesthésie nettement accusées et limitées sur les diverses régions du corps et plus particulièrement au niveau des seins, des testicules et des ovaires qui ont fait donner le nom commun d'irritables à tous ces organes, en raison de leur exquise et même douloureuse sensibilité (mamelle irritable, testicule et ovaire irritables). La face, les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes peuvent être également le siège de *plaques hyperesthésiques*, douloureuses à la pression et rendant quelquefois insupportable le contact des vêtements. Nous citons plus loin le cas d'un homme vigoureux qui fait des accès de neurasthénie, au cours desquels se développe une hyperesthésie de la face antérieure des cuisses qui l'oblige à sortir de ses poches les objets usuels (canif, porte-monnaie etc.) qu'elles contiennent, à cause du contact douloureux que ces objets produisent. Dans d'autres circonstances, sous l'influence de véritables crises neurasthéniques, alors que tous les désordres de l'épuisement nerveux atteignent leur maximum d'intensité, on peut observer une sorte d'*hyperesthésie généralisée* de toute la surface du corps qui fait redouter aux malades le moindre rapprochement.

Cette hyperexcitabilité du sens tactile est surtout remarquable dans le phénomène du *chatouillement :* ce phénomène, dit Beard, est assurément mal supporté par la plupart des gens nerveux ; mais chez les neurasthéniques il devient véritablement pathologique : ces malades le redoutent comme le feu et

s'enfuient effrayés et suppliants à la moindre menace : il peut déterminer chez eux un état d'angoisse ou de crise très pénible.

Mais la sensibilité cutanée n'est pas seulement exagérée : ces troubles hyperesthésiques de la *peau irritable* s'accompagnent également, comme ceux des autres appareils sensoriels, de sensations subjectives plus ou moins désagréables et douloureuses. Les *sensations de fourmillement, de picotement, de brûlure et de démangeaison* sont des symptômes assez fréquents de la peau neurasthénique.

Ces sensations d'engourdissement et de fourmillement sont surtout remarquables aux extrémités : elles peuvent, dans certains cas, être prises pour des prodromes menaçants d'une lésion cérébrale et faire redouter une attaque de paralysie ; or « elles peuvent se produire et persister chez des sujets qui vivent jusqu'à un âge avancé, sans aucune lésion cérébrale. » Dans d'autres cas, si elles sont limitées, comme on l'a observé, à la sphère du cubital, l'engourdissement des deux derniers doigts de la main peut être pris pour un phénomène tabétique.

Quand ces sensations d'engourdissement s'accompagnent de picotement et de brûlure et qu'elles envahissent les orteils on peut également s'imaginer qu'il s'agit d'un accès de goutte ; dans tous ces cas, la concomitance des autres phénomènes neurasthéniques permet de reconnaître leur exacte valeur.

Beard fait remarquer que ces sensations de fourmillement, d'engourdissement et de picotement se produisent avec une très grande facilité chez les neurasthéniques sous l'influence de la compression

plus ou moins prolongée d'un tronc nerveux : c'est ainsi, qu'être longtemps assis sur un siège dur, dormir la tête appuyée sur le bras, etc., déterminent ces sensations de fourmis et de piqûres d'épingles dans les pieds ou dans la main du côté où s'exerce la compression. Ce fait est d'observation journalière ; mais, d'après Beard, il se produirait ici avec une grande rapidité et sous l'influence de la moindre pression.

Le prurit est encore une sensation subjective assez fréquente chez les neurasthéniques, ne dépendant d'aucune lésion anatomique, et ne s'accompagnant d'aucun changement visible dans l'aspect de la peau. Cette démangeaison se produit quelquefois sur le cuir chevelu après une fatigue intellectuelle : elle est plus ou moins étendue et peut siéger à la face, sur le tronc ou aux membres ; dans quelques cas, elle constitue un véritable tourment pour les malades, elle est le plus « harassant » de tous leurs malaises et c'est pour ce prurit qu'ils viennent réclamer le traitement : elle peut donner lieu à de véritables accès qui sont insupportables. Ces démangeaisons ne comportent aucun traitement local ; elles cèdent d'ordinaire à l'action des bromures (Beard).

Enfin ces désordres subjectifs de la sensibilité cutanée peuvent être réellement douloureux et déterminer des sensations de brûlure qui siègent principalement dans les pieds : Beard a décrit sous le nom de « podalgie » un état neurasthénique du pied qui simule, à s'y méprendre, les phénomènes du début de l'ataxie. Cet état est caractérisé par des sensations d'engourdissement et de brûlure qui donnent au malade l'impression de marcher sur un épais tapis

ou sur des charbons ardents ; si l'on y joint l'engourdissement des deux derniers doigts de la main et les douleurs fulgurantes, on voit qu'il est facile de songer à la possibilité d'accidents tabétiques.

On peut encore rapprocher de ces phénomènes l'extrême *sensibilité des dents et des gencives,* signalée et comparée par Beard aux autres phénomènes de l'irritation cérébrale, spinalé, rétinienne, cutanée, etc. Les gencives et les dents sont, en pareil cas, douloureuses à la pression, sans qu'elles soient anatomiquement altérées et le contact des liquides ou des aliments devient l'occasion de sensations plus ou moins pénibles.

Enfin on peut aussi rattacher à l'hyperesthésie de la peau l'extrême acuité de ce qu'on a appelé le *sens magnétique* et le *sens météorologique*, et l'extrême irritabilité du *sens thermique*, chez les neurasthéniques.

Cette sensibilité, spéciale aux variations météorologiques de l'atmosphère, transforme ces malades en de véritables baromètres : c'est ainsi qu'un de mes clients, très impressionné par les orages, a pu m'annoncer cet été, par un ciel absolument pur, à onze heures du matin, un orage qui survint brusquement le soir vers neuf heures : Beard dit à ce propos, d'une façon très pittoresque, que « le ciel peutə ncore être clair, alors que l'état nerveux de ces malades est déjà troublé ». Il raconte aussi l'influence que joue cette impressionnabilité exagérée aux phénomènes atmosphériques, dans les asiles de dipsomanes : « leurs désirs pour les stimulants et leur état général s'aggrave sous l'influence de la diminution de pression ». Chez

les neurasthéniques l'augmentation de tension électrique et les variations barométriques de l'atmosphère sont facilement pressenties et quelquefois douloureusement ressenties.

Les froids rigoureux de l'hiver, et les chaleurs intenses de l'été réagissent vivement sur l'épuisement nerveux et l'accentuent davantage : chez certains sujets, ces sensations thermiques exagérées peuvent déterminer de véritables accès de neurasthénie. D'autres sont tellement sensibles à l'action de l'eau froide ou de l'eau chaude qu'ils ne peuvent supporter cette action, tant elle leur est pénible : « quelques-uns, bien portants au réveil, éprouvent de véritables sensations de brûlure et un malaise général, après s'être lavés, comme s'ils s'étaient servis de neige pour le faire ; quelquefois même il se produit un gonflement passager des parties soumises à l'action de l'eau » (Beard).

Troubles de la sensibilité profonde, musculaire et articulaire. — On peut considérer comme de véritables troubles de la sensibilité musculaire ces sensations de *brisement et de courbature douloureuse* qui accompagnent l'amyosthénie et se produisent à l'occasion de la moindre fatigue musculaire. Il s'agit là vraisemblablement d'une hyperesthésie du tissu musculaire, qui exagère la valeur des sensations de fatigue et les transforme en sensations douloureuses.

D'ailleurs les masses musculaires des neurasthéniques sont habituellement très sensibles à la pression et souvent leur entrée en contraction s'accompagne d'une sensation de gêne pénible.

Enfin, les *douleurs fulgurantes* qu'on rencontre

dans la neurasthénie sont des manifestations douloureuses de la sensibilité profonde qui sont importantes à considérer. Beard prétend qu'au seul examen de ces douleurs, il est difficile de savoir si elles sont d'origine tabétique ou neurasthénique : il n'y trouve comme différence qu'un degré moindre de violence dans l'épuisement nerveux : or les questions de degré sont, en pareil cas, d'une appréciation délicate. Nous verrons plus loin que l'erreur de diagnostic n'est cependant pas facile : mais il n'en est pas moins vrai que ces douleurs en éclair, ces sensations aiguës et rapides de coup de couteau, d'étincelle électrique, de coup de fouet, etc., donnent lieu à des craintes sérieuses d'ataxie chez certains étudiants, et chez certains malades un peu au courant des choses de la médecine.

Quant aux *troubles de la sensibilité articulaire,* ils sont de même nature : l'hyperesthésie et les sensations douloureuses, jointes quelquefois à la sécheresse des synoviales, peuvent donner l'apparence d'un véritable rhumatisme. Nous avons plusieurs fois observé des neurasthénies dans lesquelles les douleurs névralgiques localisées aux articulations et la concomitance des troubles dyspeptiques avaient fait penser à de réelles manifestations rhumatismales. D'ailleurs l'arthritisme et la neurasthénie ont de nombreux points de contact et il est quelquefois difficile de faire le point de départ exact du rôle respectif joué par ces deux maladies dans les phénomènes articulaires qui leur sont communs.

Troubles de la sensibilité des troncs nerveux. C'est encore un phénomène observé par Beard, que

la sensibilité exagérée et même douloureuse de la plupart des troncs nerveux à la pression. Alors qu'à l'état normal, une compression légère et momentanée des nerfs ne produit aucun phénomène apparent, la même compression chez les neurasthéniques est douloureuse et réveille, sur le trajet du nerf, des sensations pénibles d'élancement, de picotement et d'engourdissement de la région à laquelle il se distribue. Une telle susceptibilité des troncs nerveux est évidemment d'ordre pathologique.

D'autre part, dans l'épuisement nerveux, tous les nerfs peuvent être indistinctement le siège de névralgies plus ou moins intenses et tenaces : c'est ainsi que les nerfs intercostaux et brachiaux participent souvent aux douleurs de la rachialgie et qu'on observe fréquemment, chez les neurasthéniques, des douleurs névralgiques ordinairement fugaces et erratiques ; c'est du reste à la généralisation et à la grande fréquence de ces manifestations névralgiques chez certains sujets, que l'on doit la dénomination, proposée par Valleix, de *névralgie générale* qui n'est plus aujourd'hui qu'une forme clinique, relativement rare, de la neurasthénie.

4. — *Troubles de la motilité.* — En dehors des phénomènes d'amyosthénie générale que nous avons étudiés et qui constituent un symptôme classique et presque constant de la neurasthénie, on peut observer certains autres troubles musculaires, les uns d'ordre parétique et les autres d'ordre convulsif.

Parmi les premiers, Beard a signalé la *voix atone*, certaines *impotences fonctionnelles* et même des *paralysies temporaires*.

La *voix atone* est due à une sorte de paresse et de faiblesse dans l'articulation des mots ; elle est caractérisée par une certaine douceur, avec lenteur et défaut de clarté du timbre : « elle est difficile à décrire, mais quand on l'a entendue une fois, on peut la reconnaître : elle a quelque chose de la voix de l'agonisant ou mieux du convalescent qui relève d'une fièvre grave ; elle trahit l'épuisement général. La voix, ajoute le même auteur, est un miroir de l'âme ; on reconnaît à la voix d'un orateur quelles sont ses qualités ; une vie dissolue rend la voix grossière et les reines du chant ne sont jamais de grandes impures. »

Les *impotences fonctionnelles*, d'ordre parétique, ne sont autres qu'une exagération de la parésie musculaire générale, limitée à un groupe de muscles, pour un ordre déterminé de mouvements ; cette parésie peut, pendant quelque temps, compromettre ou du moins rendre difficiles les mouvements du bras et de la main pour l'écriture ou d'autres travaux, mais elle frappe plus souvent les membres inférieurs et détermine des pseudo-paraplégies toujours incomplètes et rarement permanentes.

En effet, quand ces parésies vont jusqu'à la *paralysie temporaire*, celle-ci n'est encore qu'apparente : les réflexes sont conservés et la résistance des muscles aux mouvement passifs peut encore se produire ; mais la vraie paralysie musculaire complète n'appartient plus à la neurasthénie, elle rentre dans le cadre classique de l'hystérie.

Il en est de même pour les *phénomènes spasmodiques* de la motilité neurasthénique ; ils s'arrêtent à la *contracture* permanente qui est aussi du pur domaine

de l'hystérie, alors que la *crampe*, sorte de contracture douloureuse passagère, appartient à la neurasthénie.

Les plus importants de ces troubles convulsifs sont des spasmes, des secousses musculaires, des contractions fibrillaires, du tremblement et des crampes.

La dysphagie est un phénomène spasmodique qu'on rencontre quelquefois dans la neurasthénie et qui varie avec l'état général, tantôt très accusée et presque permanente, tantôt très légère ou ne se produisant qu'à de rares intervalles.

Les spasmes les plus fréquents sont ces *secousses musculaires* qu'on observe si communément *au début du sommeil*, et qui réveillent brusquement, en sursaut, les malades, leur donnant quelquefois la sensation de chute dans un précipice. Ces secousses musculaires brusques peuvent être localisées à un seul ou à plusieurs membres et d'habitude ne produisent pas un grand déplacement de la région qui en est le siège; mais dans certains cas, elles sont générales et font sauter le corps tout entier, avec une plus ou moins grande violence. Elles réveillent désagréablement les malades dans les premiers moments du sommeil, et se produisent surtout après une journée de fatigue inusitée et à la suite d'émotions morales ou d'une excitation quelconque d'un autre genre. Ces spasmes musculaires rapides sont parfois très persistants et peuvent empêcher le sommeil; Beard a vu des cas où ils se succédaient sans relâche pendant plusieurs heures.

Les *contractions fibrillaires* ou « spasmes locaux des muscles », (Beard) sont un des curieux phénomènes de la neurasthénie, parce qu'elles appartiennent d'ordinaire à des affections organiques et qu'elles ont

ici exactement la même apparence. Elles consistent, on le sait, en des contractions brusques et plus ou moins fréquentes d'un muscle isolé ou d'une partie de muscle. Ce sont des tressautements de la chair musculaire, selon l'expression des malades, se produisant sans douleur, à l'état de veille, avec une plus ou moins grande rapidité, dans certaines régions limitées du corps. On les observe assez fréquemment dans l'orbiculaire des paupières qu'elles agitent alors de petites secousses rythmées simplement gênantes ; on les observe encore dans la face où elles pourraient faire croire à l'existence de véritables tics ; enfin, on les rencontre dans les membres et même dans les viscères : certaines palpitations du cœur et certains spasmes de l'estomac sont de même origine.

Le *tremblement neurasthénique* ne se produit guère qu'à l'occasion d'excès de fatigue ou d'émotions vives chez les neurasthéniques, il est rare qu'il constitue un symptôme permanent ; il y existe plutôt à l'état latent, *in posse* et se développe facilement sous l'influence d'une excitation : on peut en constater l'imminence en faisant étendre et rester étendus, pendant quelque temps, les membres supérieurs ; une impression morale, une certaine tension d'esprit peuvent également le faire apparaître. c'est un tremblement menu à oscillations brèves et rapides ; il est surtout fréquent dans les neurasthénies combinées à l'hystérie par l'hérédité ou le traumatisme.

Les *crampes*, qu'on observe déjà si souvent chez les simples névropathes, sont un des symptômes douloureux dont se plaignent facilement les neurasthéniques ; elles se produisent de préférence la nuit et ré-

veillent le malade au milieu d'un profond sommeil ; ce sont des accès de contracture douloureuse qui durent de 10 à 20 minutes et peuvent se répéter plusieurs fois de suite. Le mollet est leur siège de prédilection, mais elles se produisent également dans la plante du pied, où elles sont tout autant, sinon plus douloureuses.

Quant aux *crampes professionnelles* des écrivains, des violonistes, des télégraphistes, etc., elles peuvent être ici de deux sortes distinctes : ou bien elles se rattachent directement à la neurasthénie, évoluant en même temps et dans les mêmes conditions qu'elle, sur des sujets plus ou moins prédisposés, mais, en tous cas, guérissant comme elle, par les mêmes procédés. Ou bien, ce sont de simples associations pathologiques, de pures complications d'un autre ordre. Peut-être ces crampes ont-elles apparu plus tôt, en raison de l'épuisement nerveux, mais ce n'est pas sous son influence directe qu'elles se sont développées ; elles relèvent d'une autre cause et ne sont aucunement modifiées par l'évolution du processus neurasthénique qui peut guérir alors qu'elles persistent, ou inversement, qui peut se prolonger, alors qu'elles auront disparu par une médication appropriée. La vraie crampe professionnelle reconnaît pour cause, le plus souvent, ou bien une affection locale organique plus ou moins grave, ou bien un état diathésique ordinairement héréditaire.

5. — *Troubles de la circulation.* — L'importance et la valeur exacte de ces désordres n'avaient pas, plus que les autres, échappé à la sagacité clinique de Beard, qui les a très bien décrits au paragraphe « Cœur irri-

table, pouls tremblant et variable, palpitations. » Ils ont été également bien observés par Krishaber en France.

Ils consistent surtout en *palpitations, accès de fausse angine de poitrine, modifications du pouls et du tracé sphygmographique*, et enfin, *troubles vaso-moteurs*.

Les *palpitations* sont très fréquentes chez les neurasthéniques, sans aucune lésion cardiaque, et en dehors de tout état anémique : elles se produisent au moindre prétexte, sous l'influence d'un effort physique, mais surtout sous l'influence d'une émotion morale, d'une préoccupation intellectuelle ou d'un trouble de la digestion ; elles peuvent également se produire spontanément par accès. Ces palpitations, qui naissent sous l'influence des causes les plus insignifiantes, inquiètent vivement les malades, qui se croient atteints ou menacés d'une maladie du cœur, et viennent souvent consulter pour ce seul motif. Si l'on se contente alors d'un examen superficiel, l'émotion de la première visite, qui suffit à faire apparaître les palpitations, peut faire croire à un véritable état cardiaque : le cœur bat en effet avec violence, les bruits sont vibrants, ont un tintement métallique, et peuvent même présenter des intermittences, causées par l'émotion.

Dans d'autres cas, les impressions morales ou les troubles gastriques, ou toute autre cause d'excitation peuvent développer, chez les neurasthéniques, un *état lipothymique*, c'est-à-dire, une sorte de faiblesse passagère, avec ou sans pâleur de la face, et pouvant aller jusqu'à la syncope.

Mais le désordre cardiaque le plus grave, ou du moins le plus pénible, celui qui épouvante le plus les malades, c'est l'accès de névralgie cardiaque ou de *fausse angine de poitrine* dont M. Krishaber a donné une excellente description : « L'accès commence tantôt par une angoisse à la région précordiale, tantôt par une sensation de *strangulation*, phénomène constant du début ou de la fin de l'accès ; bientôt les douleurs deviennent excessives, s'irradient le long des épaules et des bras, de préférence sur le bras gauche, et se prolongent dans la main jusqu'au petit doigt, avec ou sans fourmillements. Ces accès, lorsqu'ils sont violents, sont accompagnés de *suffocations* ou au moins *d'oppressions*. Le malade est alors condamné à la plus complète immobilité, le moindre mouvement provoquant la douleur.

« Lorsque les accès sont très atténués, ils se manifestent seulement par une sensation de *strangulation*, de *malaise* et de *lassitude*. Cette strangulation se produit aussi tout à fait isolément et en dehors des accès ; elle dure quelquefois une partie de la journée ou de la nuit; puis elle se transforme, à mesure qu'elle s'atténue, en un sentiment de corps étranger, de déchirure ou de cuisson dans le pharynx. »

Il y a en effet une *angine de poitrine neurasthénique* qu'on ne saurait confondre avec l'angine vraie, car les accès en sont moins facilement paroxystiques, l'angoisse en est moins violente et c'est en somme la sensation douloureuse de la névralgie qui domine le tableau de la fausse angine purement névropathique. Nous insisterons plus tard sur les divers éléments du diagnostic qui est très important, car, selon l'expres-

sion de Huchard, si l'angine vraie est grave, les autres, simples cardialgies, n'ont que l'apparence de la gravité. Elles n'en sont pas moins très pénibles et laissent à leur suite les malades dans un certain état d'affaissement et de prostration générale.

Le caractère du *pouls neurasthénique*, c'est d'être essentiellement variable, tantôt et généralement rapide et petit, tantôt mais plus rarement ralenti, mais presque toujours sans vigueur et facilement dépressible. Beard rend compte de recherches sphygmographiques intéressantes qui ont été faites à ce sujet, on pourrait, d'après lui, diviser en trois classes les tracés sphygmographiques de la neurasthénie: 1° ceux où la tension vasculaire est normale, 2° ceux où il y a une diminution momentanée de cette tension, laquelle revient rapidement à l'état normal sous l'influence du traitement, 3° ceux où la tension est constamment au-dessous de la normale. Mais le plus souvent, ces tracés révèlent une très grande irrégularité dans l'état de la tension aux différentes heures du jour, et aux différentes phases de la maladie. Ainsi dans la plupart des cas, le sphygmographe donne un tracé normal le matin, et quelques heures plus tard on obtient un tracé de dépression : en général on peut constater cette dépression du tonus vasculaire après une émotion morale ou toute autre cause de fatigue. Les plus mauvais cas seraient, d'après Beard, ceux où l'on obtiendrait des tracés irréguliers et variables dans un court espace de temps; d'autre part, ces constatations sphygmographiques pourraient aider au diagnostic de l'amélioration définitive et générale, en fournissant des tracés où la tension gar-

derait régulièrement son degré normal pendant plusieurs jours et surtout plusieurs semaines.

Parmi les autres désordres vasculaires, on peut citer les pulsations exagérées qui se produisent dans certaines régions, aux tempes et à l'épigastre, par exemple, et qui donnent lieu à des battements pénibles ; c'est un phénomène analogue qui détermine les bruits isochrones au pouls que les malades perçoivent quelquefois dans les oreilles.

Quant aux *troubles vaso-moteurs*, ils joueraient, d'après quelques auteurs, dont Beard et Rosenthal, un rôle considérable, sinon exclusif, dans l'évolution et la marche irrégulières des phénomènes neurasthéniques.

Ce seraient des troubles de la vaso-constriction et de la vaso-dilatation qui engendreraient alternativement des anémies ou des congestions passagères de l'encéphale et de la moelle, d'où dériveraient les phénomènes d'irritation ou de dépression de la neurasthénie; selon que les différents centres nerveux seraient anémiés ou congestionnés par l'innervation vasomotrice, les fonctions appartenant à ces centres seraient affaissées ou excitées ; selon que les divers organes atteints par la neurasthénie seraient le siège de ces différents troubles vaso-moteurs, il en résulterait des phénomènes d'excitation ou de dépression dans les fonctions de ces organes. En résumé, les désordres vaso-moteurs seraient à la tête, comme lésion initiale et directement sinon primitivement causale, de tous les autres désordres de l'épuisement nerveux. C'est une simple vue de l'esprit qui a sans doute quelque apparence de réalité, mais qui aurait besoin d'être plus scientifiquement démontrée.

Quoi qu'il en soit, certains troubles vaso-moteurs sont cliniquement appréciables chez les neurasthéniques : ce sont ceux qui se produisent du côté de la peau et donnent lieu à ces *rougeurs diffuses ou en plaques* qui couvrent le visage surtout après les repas, ou sous l'influence d'une émotion ; ce sont ces bouffées de chaleur et ces troubles de calorification qu'on observe particulièrement aux extrémités, et qui sont si fréquents chez les neurasthéniques. Tantôt les oreilles, les mains ou les pieds sont brûlants et rouges, les uns ou les autres ; tantôt ils sont froids ; dans quelques cas, le phénomène est localisé à un seul côté du corps. « Les pieds froids et les mains froides, dit Beard, sont des symptômes dont les neurasthéniques se plaignent dans la moitié des cas. » Souvent aussi ils se plaignent d'une sensation de chaleur sèche aux mains qui alterne quelquefois avec une sorte de moiteur humide et froide de ces extrémités ; mais c'est la sensation de froid aux pieds avec chaleur et rougeur de la face et des oreilles, qui est le trouble le plus commun de ce genre.

On peut encore rattacher aux désordres de la circulation et de la calorification, certains *frissons généraux ou locaux,* et même certains *accès de fièvre* qui se produisent au cours de la neurasthénie et paraissent en dépendre.

Les malades sont en effet sujets à des frissons dans le dos, sur le trajet de la colonne vertébrale, à des sensations de glace dans la même région, et quelquefois à de véritables accès de chair de poule.

L'accès de fièvre neurasthénique ne fait aucun doute pour Beard, qui prétend même qu'on ne peut

le distinguer d'un accès de fièvre intermittente, que par les antécédents, la concomitance des autres symptômes et la thermométrie. Cet accès comporterait une période initiale de frissonnement suivie d'une période de chaleur sèche, et rarement terminée par la phase sudorale. Nous avons été récemment consulté pour des accès fébriles de ce genre qui ont été longtemps considérés et traités comme accès paludéens. Il s'agit d'un commerçant très actif, maniant d'assez grosses affaires et se surmenant cérébralement ; c'est d'ailleurs un homme très robuste, d'une parfaite santé ordinaire, à tête volumineuse, au cerveau très actif. Trois ou quatre fois par an, et toujours à la suite d'excès de fatigue intellectuelle ou de préoccupations vives, il est subitement pris d'un accès fébrile (frisson et chaleur sans crise sudorale accentuée) qui dure 3 ou 4 heures. Cet accès est toujours unique et s'accompagne des phénomènes suivants: sensation d'un « bandeau de fer qui étreint le front », sensibilité exquise du cuir chevelu, rendant pénible le contact du peigne et du chapeau, courbature générale avec sensation de brisement des membres et rachialgie lombaire, incapacité absolue de travail pendant 36 ou 48 heures ; le malade raconte en outre de lui-même qu'il éprouve alors sur la face antérieure des cuisses une telle sensibilité, que le contact du pantalon et surtout des objets durs contenus dans ses poches « canif, porte-monnaie, clefs, etc. » lui est insupportable. Ces phénomènes sont assez caractéristiques : il s'agit évidemment d'un accès neurasthénique dont l'étiologie spéciale confirme encore la nature. Mais les phénomènes fébriles sont-ils eux-mêmes d'ordre neurasthénique, s'agit-il d'un

accès de neurasthénie à forme fébrile ? ou bien la fièvre n'est-elle qu'une fièvre autotyphique, fièvre de surmenage (Peter), provoquant ou réveillant l'état neurasthénique chez un prédisposé. En un mot, ces désordres fébriles sont-ils des accès neurasthéniques à forme fébrile ou des accès fébriles à forme neurasthénique : c'est un point difficile à élucider avec précision.

Troubles de la respiration. Ils sont en réalité très rares, si l'on en distrait les troubles symptomatiques de dyspnée dus aux palpitations, aux accès de cardialgie et aux troubles digestifs que nous avons étudiés.

Certains auteurs ont décrit un état polypnéique habituel et des accès d'oppression, en dehors de ceux que nous venons de dire, se produisant à la suite d'émotions ou de fatigue exagérée : mais ces troubles n'ont rien de caractéristique. Les soi-disant bronchites sèches, à toux irritante sans expectoration et sans lésion pulmonaire, n'ont pas davantage de valeur : quand elles arrivent à simuler le début de la phtisie, il s'agit plutôt d'accidents hystériques : la neurasthénie paraît ne pas atteindre, autant que les autres, les fonctions respiratoires.

6. — *Troubles secondaires de l'appareil digestif* (dilatation, splanchnoptoses, colite, iléus nerveux) — « Même quand il y a dilatation, elle est subordonnée aux phénomènes nerveux cardinaux, céphalée, insomnie, etc.... ; certaines formes de dilatation peuvent avoir pour conséquence la production des phénomènes nerveux ; mais ce n'est pas la règle dans la majorité des cas » (Charcot).

Cette phrase résume toute la situation : nous avons déjà décrit les *troubles dyspeptiques* qui accompagnent d'ordinaire la neurasthénie commune et qui peuvent très longtemps rester limités à de simples désordres fonctionnels ; nous avons vu que la participation de l'estomac n'est pas nécessaire à constituer la neurasthénie, mais que néanmoins les désordres gastriques étaient suffisamment communs et spéciaux à cette affection pour en faire des caractères stigmatiques. Mais il ne s'agissait alors que de simples troubles dyspeptiques sans signes objectifs confirmés.

Ce n'est habituellement que plus tard, à la longue, par la répétition et la prolongation de ces premiers troubles, ou bien dans les cas de neurasthénie rapidement graves, qu'apparaissent certains désordres gastro-intestinaux, beaucoup plus tenaces, et caractérisés par un état anatomique et des altérations chimiques propres aux maladies spéciales des voies digestives : toutefois ces désordres sont beaucoup plus rares que les premiers, et sont loin d'être nécessaires à l'évolution classique de l'épuisement nerveux.

Ils ne se développent que dans certaines conditions particulières, tantôt chez des individus qui ont surmené leur tube digestif en même temps que leur système nerveux général, tantôt chez des malades précédemment atteints ou menacés de troubles gastriques en raison de prédispositions acquises ou héréditaires, tantôt encore à l'occasion d'une forme grave de l'épuisement nerveux, tantôt enfin, et c'est le cas le plus fréquent, dans les cas chroniques ou longtemps prolongés de la neurasthénie.

En effet, les dilatations passagères qui suivent chaque

repas, et sont dues, d'une part à l'amyosthénie des parois stomacales qui les rend plus facilement dépressibles, et d'autre part à l'asthénie du pouvoir digestif qui favorise les fermentations et la distension gazeuse de ces parois, ces dilatations, au début temporaires, à force de se répéter, aboutissent à une *dilatation réelle de l'estomac.*

La dilatation de l'estomac qui est, selon M. Bouchard, présente sept fois sur huit dans toute dyspepsie, a pour signe objectif classique le phénomène du *clapotage.* « Il suffit, pour le produire, de percuter la région de l'estomac, en appliquant la paume des mains sur la région droite et gauche de l'organe, ou bien il suffit d'appliquer une main sur la fosse iliaque droite et de percuter avec cette main, pour percevoir *le flot* avec l'autre main placée sur l'estomac. Souvent le malade sent lui-même le flot en se mettant au lit et entend le bruit du liquide ».

Mais pour que ce signe ait sa valeur séméiotique complète, il faut qu'il n'y ait pas eu récemment ingestion d'une quantité d'aliments suffisante à produire une dilatation passagère ; il faut que le clapotage soit perçu à un intervalle assez éloigné des repas, par exemple, le matin à jeun. Si l'on perçoit alors du clapotage, quelle que soit l'étendue dans laquelle on le perçoit on peut affirmer qu'il y a dilatation permanente, parce que « tout estomac qui ne se rétracte pas quand il est vide, est un estomac dilaté ». On peut exagérer le phénomène, en faisant avaler un verre d'eau au malade : il est dès lors facile de s'assurer que le clapotage se produit bien dans la poche gastrique et d'éviter ainsi la confusion, d'ailleurs difficile, avec le

clapotage intestinal qui, pour être possible, n'en est pas moins beaucoup plus rare.

La dilatation neurasthénique, qui ne s'accompagne le plus souvent d'aucun état inflammatoire de la muqueuse, se traduit ici par une difficulté et une lenteur croissantes du travail digestif et par une aggravation des sensations de pesanteur et de plénitude qui ne se produisent plus seulement après les repas, mais qui tourmentent et gênent le malade pendant les périodes intervallaires. Puis les renvois sont plus abondants et quelquefois acides plutôt que fétides ; le ballonnement qui suit chaque repas dure plus longtemps : on observe enfin des vomissements qui se produisent tantôt pendant les deux premières heures de la digestion, s'accompagnant de l'expulsion d'une certaine quantité d'aliments, tantôt longtemps après l'ingestion et consistant alors en vomissements glaireux plus ou moins abondants. En somme on retrouve, chez les neurasthéniques dilatés, la symptomatologie habituelle de la dilatation gastrique : elle est toutefois moins intense et plus variable d'allures : elle suit la marche de l'état général, s'améliorant parfois assez vite et réapparaissant avec la même facilité. C'est que ce genre de dilatation est en effet d'origine purement nerveuse et les altérations anatomiques et chimiques qu'il comporte se modifient proportionnellement à l'état nerveux qui les a engendrées.

On peut constater la dilatation réelle de la poche stomacale et l'atonie musculaire de ses parois, à l'aide de divers procédés : entre autres, l'ingestion du salol qui passe intact de l'estomac dans l'intestin où il se dédouble pour passer ensuite dans l'urine au bout de trois

à quatre heures, à l'état normal; si sa présence dans l'urine est retardée, c'est que l'estomac dilaté et paresseux ne l'a pas chassé aussi vite dans l'intestin. Un autre procédé, pour mesurer le pouvoir moteur de l'estomac, consiste à faire avaler 100 gr. d'huile d'olive : l'estomac doit normalement les expulser en deux heures : on pratique alors le pompage et on juge du degré de l'atonie musculaire par la quantité d'huile qu'on ramène à l'aide de la pompe gastrique. Le meilleur procédé paraît être celui de Leube : il est basé sur ce fait qu'un estomac sain, normalement contractile, doit être absolument vide sept heures après un repas ordinaire ; on donne donc un repas normal (viande, œufs, pain et thé) et sept heures après, on pratique le lavage; si le liquide de lavage ne ramène rien, c'est que la contractilité musculaire de l'estomac est normale et qu'il n'y a pas de dilatation.

Mais la dilatation neurasthénique par atonie et parésie de la couche musculeuse s'accompagne en outre de troubles sécrétoires de la muqueuse dus à l'asthénie générale de l'organisme : ces troubles rentrent en effet dans la seconde catégorie des altérations du chimisme stomacal, récemment décrites par MM. Hayem et Winter : ce sont des *hypopepsies* consistant dans un amoindrissement, un affaiblissement des diverses opérations et des divers facteurs chimiques de la digestion (diminution du chlore combiné, de la chlorhydrie et de l'acidité totale). L'hypopepsie comprend d'ailleurs plusieurs variétés cliniques et chimiques dont les formules peuvent être rigoureusement déterminées à l'aide de l'analyse du suc gastrique.

Cette analyse en effet ne comprend plus seulement aujourd'hui l'examen superficiel et l'évaluation approximative d un seul des facteurs chimiques de la digestion , l'acide chlorhydrique : cet examen est devenu complètement insuffisant pour déterminer l'altération chimique précise d'un genre de dyspepsie. Il faut recourir à l'analyse totale du suc gastrique et pour cela est-il nécessaire de s'en procurer. On utilise, dans ce but, diverses méthodes qui consistent toutes à extraire directement de l'estomac une certaine quantité de suc gastrique, à la suite d'un repas d'épreuve, dont la composition varie, selon les auteurs; puis on pratique une analyse complète de ce suc, de manière à pouvoir déterminer les divers éléments chimiques, leurs combinaisons et leurs proportions diverses dans l'évolution du processus dyspepsique.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces opérations qui sont d'ailleurs plus scientifiques que pratiques : ces procédés délicats et difficiles relèvent plus du laboratoire que de la clinique : dans la situation actuelle, en particulier, ils ne comportent pas d'applications fréquentes et il suffit de savoir, qu'en général, la dilatation neurasthénique de l'estomac s'accompagne d'hypopepsie avec hypochlorhydrie dues à la diminution, à l'asthénie des fonctions sécrétoires de la muqueuse gastrique.

Mais ces phénomènes d'atonie musculaire et d'asthénie sécrétoire ne sont pas simplement limités à l'estomac : ils se produisent dans tout le tube digestif et se traduisent dans l'intestin par une certaine lenteur de la digestion intestinale qui aboutit à la constipation et détermine parfois de la colite.

La *constipation* est déjà un phénomène presque constant de la dyspepsie neurasthénique simple : elle est beaucoup plus opiniâtre quand la dilatation stomacale existe : elle s'explique également par l'atonie des parois musculaires de l'intestin qui prolonge le séjour des matières et par la diminution des sécrétions de la muqueuse qui favorise la dessiccation des féces. Aussi voit-on des malades qui restent quatre, cinq et même dix jours sans aller à la garde-robe ; leurs matières sont dures, en forme de balles arrondies ou ovoïdes plus ou moins volumineuses.

Le séjour prolongé de ces matières dures dans l'intestin y détermine fréquemment un certain degré d'inflammation qui peut produire une véritable *colite :* dès lors l'expulsion des féces est précédée de douleurs intestinales et les matières sont quelquefois enduites d'une couche de muco-pus (colite pseudo-membraneuse) parfois même striée de sang. Ces mucosités peuvent être assez abondantes pour être expulsées sous forme de masse glaireuse ou de filaments et de bandelettes dont la présence dans les selles inquiète souvent les malades : la colite et la constipation peuvent également donner lieu à des manifestations fébriles qui s'expliquent par l'auto-intoxication due au séjour des matières fécales dans l'intestin et à leur résorption par une surface muqueuse plus ou moins profondément dépouillée.

Enfin, c'est là qu'on peut placer, dans l'ordre symptomatique des accidents neurasthéniques, les *splanchnoptoses* de M. Glénard quand on les rencontre associées à l'épuisement nerveux. Comme nous l'avons déjà dit et pour ne pas revenir à nouveau sur

cette question, les ptoses viscérales observées dans la neurasthénie appartiennent aux dernières périodes ou aux formes graves de cette névrose : elles sont dues à une parésie considérable de tout le système musculaire abdominal : elles peuvent également être favorisées par l'amaigrissement des sujets, par une faiblesse acquise des parois du ventre à la suite de grossesse ou de traumatismes ; l'abus du corset peut encore activer et rendre leur apparition plus fréquente chez la femme. Ces ptoses compliquent assurément la situation et l'on pourrait presque décrire une *forme gastro-enteroptosique de la neurasthénie :* mais il ne faut pas oublier qu'elles sont toujours secondaires, et nullement indispensables en la circonstance.

Un dernier symptôme observé dans les voies digestives au cours et apparemment sous l'influence de l'épuisement nerveux, c'est une sorte d'ileus nerveux, de fausse obstruction intestinale, décrite par M. Cherchewsky. Il s'agit d'une crise névrosique de l'intestin, d'une sorte de crampe prolongée d'une anse intestinale donnant lieu aux phénomènes habituels de l'étranglement : cette crise est d'habitude précédée d'une modification spéciale des féces qui pendant quelques jours sont de plus en plus amincies et comme passées dans une filière : d'un autre côté la cause est ordinairement évidente et consiste dans une émotion vive ou un excès de fatigue. Alors apparaissent les douleurs, le ballonnement, les nausées, le tenesme rectal, le ralentissement du pouls, etc. : l'état paraît désespéré quand de nombreuses évacuations viennent subitement faire tout rentrer dans l'ordre. Cet accident est assez rare : nous en avons toutefois observé un cas où l'inter-

vention chirurgicale (laparotomie) parfaitement inutile (on ne trouva rien) fut suivie de mort par shock opératoire.

7. *Troubles des sécrétions et de la nutrition générale.* — Les désordres digestifs que nous venons d'étudier relèvent en grande partie d'un trouble des sécrétions de la muqueuse gastro-intestinale : les fonctions sécrétoires de la peau et des muqueuses peuvent en effet être altérées au cours de la neurasthénie.

Du côté de la peau le phénomène le plus fréquent est une certaine *sécheresse* qui peut même quelquefois s'accompagner de desquammation « comme s'il y avait déficit de liquide et de matière sébacée » (Beard). Cette sécheresse est surtout manifeste aux extrémités supérieures (mains et oreilles), mais elle peut être généralisée à toute la peau.

C'est vraisemblablement un trouble sécrétoire de même nature qui produit la *sécheresse des jointures* laquelle donne lieu à des *bruits de craquement* qu'on observe fréquemment dans les articulations cervico-vertébrales et qu'on peut produire en faisant exécuter au malade divers mouvements de la tête.

Les *sueurs exagérées* ou *hyperhydroses* sont également fréquentes chez les neurasthéniques : on les observe chez quelques-uns en même temps que les bouffées de chaleur du visage après les repas ; chez d'autres ce sont de véritables accès de sueur froide généralisée à tout le corps : mais le plus souvent ces hyperhydroses sont localisées aux extrémités et occupent surtout la paume des mains ou la plante des pieds. Beard cite les cas curieux d'un écrivain qui

était obligé d'avoir constamment sous la main une feuille de papier buvard et d'une jeune fille chez laquelle la moindre émotion et même une simple poignée de main produisait une transpiration abondante : ces sueurs profuses s'accompagnent parfois de rougeur limitée à la région où elles se produisent.

Les *cheveux et la barbe* « deviennent secs et gris et tombent par places » (Beard) : on a également signalé la sécheresse des ongles qui les rend plus cassants.

Enfin les *dents* seraient souvent le siège de caries et de déformations aboutissant à une chute rapide : « quelque soin qu'en prennent les malades, ces accidents sont fréquents dans l'épuisement nerveux ». Beard ajoute même, avec un grand sérieux : « il est indéniable que cette carie rapide des dents est un résultat de la civilisation ; les dents sont rarement bonnes chez ceux dont la constitution est affaiblie et elles ne doivent leur salut qu'à l'habileté des dentistes modernes : les dentistes sont les baromètres de la civilisation : leur succès et leur prospérité est un des faits les plus instructifs de la sociologie moderne : les dentistes américains sont les meilleurs du monde parce que les dents américaines sont les plus mauvaises du monde ». Cette manière de voir est au moins originale et intéressante à citer.

Du côté des muqueuses les troubles sécrétoires les plus importants à signaler, après les troubles digestifs, sont les manifestations albuminuriques qu'on observe chez certains neurasthéniques, sans néphrite vraie. Ces albuminuries, ordinairement passagères et plus ou moins abondantes, suivent d'ailleurs le processus

de l'état général, s'améliorant avec lui, reparaissant ou s'aggravant sous la moindre cause (fatigue intellectuelle, émotion morale); c'est même là un des caractères qui les distinguent, du moins à leur début ; elles paraissent dues à des congestions rénales temporaires. Mais elles peuvent comme la neurasthénie passer à l'état chronique et la répétition de ces congestions rénales peut aboutir, selon Beard, à une véritable lésion néphritique, comme la dyspepsie simple du début aboutit à la dilatation.

Quant aux phénomènes de *glycosurie, d'oxalurie* et *d'uraturie* qu'on a également observés dans l'épuisement nerveux, ils sont plutôt l'indice d'un trouble de la nutrition générale, qui d'ailleurs n'est que logiquement évident dans cette maladie d'affaissement et de déviation générale de l'état physiologique normal.

La glycosurie a été constatée chez un certain nombre de neurasthéniques ; elle est habituellement faible et ne dépasse guère 10 à 12 gr., mais elle peut s'élever à des chiffres relativement considérables : dans ces cas, il y a souvent lieu de se demander si elle n'est pas plutôt la cause que l'effet et si un véritable diabète n'a pas présidé au développement de l'état nerveux. La glycosurie neurasthénique est intermittente, passagère et variable, comme l'albuminurie de même origine : elle suit les allures de la maladie générale.

L'oxalurie que Beard avait déjà citée et sur laquelle l'attention a été tout récemment appelée en raison de sa fréquente coïncidence avec les états névropathiques consiste dans une élimination prolongée et anormale d'oxalate de chaux par les urines. Qu'elle soit un simple symptôme ou un véritable état patho-

logique, comme le veulent certains auteurs, elle a quelque rapport avec le diabète qu'on retrouve ordinairement dans l'hérédité des oxaluriques : il n'est donc pas étonnant de la voir, au même titre que la glycosurie, compliquer quelquefois la neurasthénie, c'est un trouble de nutrition qui paraît d'ailleurs résulter d'un ralentissement de cette fonction : et tout n'est-il pas ici ralentissement ou épuisement ? « Un ensemble de manifestations nerveuses, durant depuis quelques années, peuvent se transformer plus ou moins subitement en un état pathologique qui se caractérise par l'apparition dans le sang d'oxalate de chaux et secondairement par l'oxalurie dans les urines ». Or « les symptômes initiaux et essentiels » sont précisément ici « des désordres nerveux et gastriques (tremblement, insomnie, dyspepsie) ». Mais ne s'agit-il pas là plutôt de véritable neurasthénie méconnue, aboutissant à l'oxalurie ? Peut-être fera-t-on un jour, pour la névrose de Beard, ce que MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont déjà tenté avec quelque succès pour l'hystérie ! peut-être trouvera-t-on la formule chimique des troubles de nutrition qui accompagnent la neurasthénie !

Quant à la présence en excès *d'acide urique et d'urates* dans les urines neurasthéniques, elle n'a rien non plus qui doive surprendre, si l'on se rappelle les rapports nosologiques qui existent entre la maladie de Beard et les diverses manifestations du rhumatisme et de la goutte. Ces rapports sont tels qu'on les a exagérés en faisant nécessairement et constamment de la neurasthénie une simple « névrose arthritique » (Huchard).

Tous ces troubles sécrétoires indiquent évidemment un désordre profond de la nutrition générale ; mais ce sont les troubles dyspeptiques qui compromettent le plus directement et le plus rapidement cette fonction. Ils peuvent déterminer un amaigrissement notable et une diminution parallèle de toutes les forces : ils peuvent aboutir à une véritable *cachexie neurasthénique* donnant le change avec une maladie organique grave des voies digestives ou de tout autre appareil. Toutefois le plus souvent l'intervention d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié empêche les malades de tomber dans le marasme cachectique proprement dit.

8. *Idiosyncrasies neurasthéniques*. C'est sous ce titre « Special idiosyncrasies in regard to Food, Medicine and external irritant » que Beard a décrit une série de particularités qui se rencontrent dans la neurasthénie, mais aussi dans quelques autres états névropathiques. *L'opium*, dit-il par exemple, peut aggraver l'insomnie au lieu de procurer le sommeil ; nous n'avions autrefois que l'opium pour faire dormir ; aujourd'hui on ne peut plus l'employer dans ces cas, il joue le rôle stimulant du café.

D'autres malades sont tellement susceptibles à *l'alcool* que les moindres doses déterminent chez eux de véritables accidents alcooliques : certains, au contraire, le supporteront mieux qu'à l'état normal. Nous connaissons une neurasthénique qui, lorsqu'elle souffre de son épuisement nerveux, tolère très bien un repas bien arrosé de vins fins et qu'un simple verre de champagne griserait lorsque son état général s'améliore.

Le café et le thé ont également des actions diverses

selon les cas : ils excitent certains, à l'excès, les privant de sommeil et les empêchant de travailler ; chez d'autres, mais plus rarement, leur ingestion est suivie d'une excitation rapide aboutissant vite à l'épuisement.

Mais une particularité beaucoup plus fréquente et d'ailleurs facile à comprendre est celle qui consiste dans une sorte *d'appétit immodéré des neurasthéniques « pour les stimulants et les narcotiques »*. Rien de plus naturel, en effet, que le système nerveux affaibli recherche instinctivement ce qui peut relever ses forces, et que, dans les phases d'excitation, il recherche de même ce qui peut calmer son irritabilité. C'est un véritable danger que celui de l'alcoolisme et de la morphinomanie pour ce genre de malades. La neurasthénie serait, d'après Beard, une des grandes causes des habitudes d'ivresse et de morphine chez la femme.

Inversement l'état d'épuisement nerveux peut se traduire par une sorte d'intolérance pour les habitudes plus ou moins toxiques auxquelles les malades étaient accoutumés : c'est ainsi que certains doivent suspendre l'usage du tabac ou de l'opium pendant leurs accès neurasthéniques ; le retour de leurs goûts ordinaires est un signe favorable de leur amélioration.

Beard fait rentrer encore dans la classe de ces idiosyncrasies la susceptibilité spéciale de quelques individus pour certaines odeurs qui font apparaître chez eux ce qu'on a appelé l'asthme ou la fièvre de foins, en raison de la fréquence de cette maladie à l'époque des foins coupés. Selon lui « toute la philosophie du hay-fever » est dans cette interprétation pathogénique : idiosyncrasie neurasthénique.

Mais c'est vraiment trop étendre le champ symptomatologique de la neurasthénie et, nous le répétons, ces diverses idiosyncrasies ne lui sont nullement spéciales.

Enfin l'auteur américain décrit dans la même catégorie la susceptibilité exagérée des neurasthéniques aux impressions thermiques et atmosphériques, que nous avons étudiées au chapitre des troubles hyperesthésiques de la sensibilité cutanée.

III. — Symptômes de complication.

Beard et, après lui, quelques auteurs ont fait rentrer dans le cadre de la neurasthénie commune un certain nombre de phénomènes psychopathiques et moteurs qui ne nous paraissent pas lui appartenir en propre et qui dénotent le plus souvent une intervention puissante de l'influence héréditaire. Tels certains *états d'anxiété*, décrits par Beard sous le nom de *phobies*, certains tics et les crampes professionnelles. Ces symptômes sont plutôt des complications reconnaissant pour cause un état héréditaire, que des désordres produits directement par le simple surmenage du système nerveux.

Toutefois, il est juste de le reconnaître et l'auteur américain, dont la description clinique de ces symptômes est très suggestive, l'a laissé soupçonner, il peut se développer, au cours de l'état neurasthénique simple, certains phénomènes, certains troubles de l'état mental qui se rapprochent des désordres psychopathiques décrits sous les noms divers d'agora-

phobie, de claustrophobie, de phobophobie, de pantophobie, etc. Mais ces *états phobiques*, si l'on peut ainsi les désigner, ne revêtent jamais, au cours d'une simple neurasthénie, la gravité et la ténacité qu'ils peuvent avoir dans les manifestations de la psychose héréditaire.

Les véritables *phobies neurasthéniques* consistent plutôt en une certaine indécision, en une sorte *d'aboulie*, dont nous avons déjà parlé en décrivant l'état mental de ces malades; et cette indécision, ce manque de caractère et d'énergie morale résulte, comme tous les autres phénomènes neurasthéniques, de l'affaissement et de l'épuisement général du système nerveux. Il arrive alors que lorqu'il s'agit de traverser une place, de faire une course un peu longue. de se trouver au milieu d'une réunion nombreuse, etc., les malades épuisés, fatigués, indécis, sont pris d'hésitation ou de crainte et n'ont plus le courage nécessaire pour exécuter l'acte en question. Mais, à moins que le neurasthénique ne soit un psychopathe héréditaire, ces phénomènes ne vont pas jusqu'à la crise angoissante de la véritable agoraphobie. Beard l'avait d'ailleurs bien observé sans s'arrêter à faire cette distinction que nous croyons utile : il signale au cours de quelques-unes de ses observations les antécédents héréditaires de ses clients atteints de phobies diverses.

La phobie neurasthénique vraie n'est donc le plus souvent qu'un phénomène d'aboulie plus ou moins accentué : et l'aboulie neurasthénique se distingue de l'aboulie hystérique en ce que, contrairement à celle-ci, elle manque totalement d'impulsivité ; d'autre part ces phénomènes d'affaissement moral peuvent se

traduire dans certains cas par une réelle sensation de peur exagérée : « l'émotion de la peur est normale à l'esprit humain » (Beard) : elle est une des conséquences nécessaires de l'instinct de conservation. A l'état physiologique, l'organisme n'a peur que de ce qui peut menacer plus ou moins directement son existence : la peur est le préliminaire obligé de l'instinct de la défense. Or, on comprend que sous l'influence de l'épuisement nerveux général, l'organisme, inconsciemment prévenu de son état anormal de faiblesse et d'infériorité, prenne peur plus facilement de choses qui ne le menacent que peu ou pas et se mette instinctivement en défense, par la fuite ou l'immobilité, contre des dangers qui n'en sont pas dans les conditions ordinaires de la vie. Il se fait, sous l'influence de l'épuisement nerveux, une sorte de retour en arrière, de régression infantile, qui met l'esprit et l'énergie du neurasthénique dans une situation analogue à celle de l'enfant. Et c'est ainsi qu'on peut expliquer les craintes exagérées de certains malades pour traverser une grande place, pour aller en chemin de fer ou en bateau, pour sortir le soir, pour se rencontrer en présence d'un grand nombre de personnes, ou d'un personnage imposant, pour rester seuls dans une petite pièce qui leur paraît trop étroite, etc., etc.

Mais les peurs des neurasthéniques se raisonnent en général : elles trouvent une explication naturelle dans une exagération de l'instinct défensif proportionnelle au degré de l'affaiblissement et de l'infériorité physiologiques dus à l'épuisement nerveux. Beard fait d'autre part remarquer que les malades les raison-

nent et les discutent eux-mêmes, qu'ils s'en rendent compte sans avoir la force de les combattre, que ces frayeurs ne sont jamais accompagnées d'illusions et d'hallucinations sensorielles, qu'enfin elles évoluent parallèlement à l'état général, disparaissant quand les forces reviennent et réapparaissant à la suite de nouvelles causes d'épuisement. Tels sont les principaux caractères qui permettent de distinguer les *phénomènes d'aboulie et de phobie* qui se manifestent quelquefois au cours d'une neurasthénie acquise.

Il n'en est plus ainsi des véritables phobies psychopathiques, qui peuvent, il est vrai, s'associer à l'état neurasthénique, mais ne sont alors que des symptômes de complication d'ordre héréditaire.

L'agoraphobie qui est la plus commune et a été la première décrite par Westphal ne mériterait pas, selon Beard, le sens qu'on lui donne d'habitude. On a décrit sous ce nom la frayeur angoissante qu'éprouvent certains malades en présence d'un grand espace tel qu'une place publique, et quelquefois d'une rue plus ou moins large ou déserte. Ils sont pris, au moment de la traverser, d'un sentiment de terreur qui les paralyse et les angoisse horriblement, sans qu'ils sachent pourquoi. On a d'autre part étendu le sens du mot à beaucoup d'autres frayeurs de même nature: on a décrit sous le nom d'agoraphobes tous ceux qui ne peuvent sortir de chez eux, ou s'éloigner de leur maison à plus d'une certaine distance, tous ceux qui redoutent d'aller dans une église, dans un théâtre ou tout autre endroit, tous ceux qui tremblent de se retrouver dans un lieu où ils ont éprouvé des impressions désagréables, etc. Le mot *topophobie* convien-

drait mieux à toutes ces frayeurs d'endroits divers, pour des raisons diverses : en effet l'agora des grecs était le forum des Romains, c'est-à-dire la grande place publique et le mot agoraphobie devrait étymologiquement ne s'appliquer qu'à la frayeur de ces grandes places : l'agoraphobie ne serait, pour Beard, qu'une variété du genre *topophobie*. Cet auteur en cite de très curieux exemples sur lesquels nous ne pouvons nous étendre : c'est ainsi qu'un malade pouvait traverser le fameux pont à trois étages de New-York, le Brooklyn, parce que les magasins et les arcades du pont des piétons lui offraient une série de refuges : il ne pouvait, en revanche, se promener dans l'aristocratique cinquième avenue dont les grands hôtels, avec leurs portes cochères fermées, ne lui présentaient aucun abri ; un médecin ne pouvait sortir à plus d'un mille de la maison qu'il habitait et les malades qui l'appelaient à une plus grande distance s'étonnaient qu'il refusât d'y venir, en voyant sa puissante musculature et son apparence de bonne santé. Un jour Beard l'ayant obligé à venir dans une autre ville et étant sorti le matin avec lui, essayait de l'entraîner loin de l'hôtel où il était descendu ; mais celui-ci reprenait toujours une rue perpendiculaire et tourna ainsi longtemps dans un périmètre de son hôtel qui ne devait pas dépasser le fatal mille. D'autres ont une véritable épouvante des lieux où ils ont ressenti des émotions désagréables ou les premières atteintes de leur mal : un imprimeur ne pouvait entrer dans un atelier de lithographie quelconque sous peine d'y éprouver la crise angoissante qui caractérise la plupart de ces états. En effet, le véritable ago-

raphobe ou topophobe est sujet à de véritables crises d'anxiété avec défaillance, tremblement, etc., si les circonstances l'obligent à exécuter l'acte qui est l'objet de ses frayeurs. Eh bien ! ces véritables crises de phobie relèvent ordinairement d'un état psychopathique héréditaire plutôt que d'un simple épuisement accidentel du système nerveux.

Le Dr Meschaede, de Cassel, a décrit une peur morbide (morbid fear) précisément opposée à l'agoraphobie, c'est la peur des endroits resserrés, des chambres étroites que M. Ball a décrite plus tard au congrès de l'association médicale britannique (1879) sous le nom de *claustrophobie :* c'est une autre variété de la *topophobie*.

L'anthropophobie peut se traduire de deux manières différentes : ou bien il s'agit de la frayeur des foules, ou bien il s'agit d'une simple timidité craintive en présence d'individus isolés. Certains malades éprouvent au milieu de la foule des sensations d'étouffement et d'angoisse qui peuvent aboutir à une crise de défaillance ; d'autres évitent de se trouver en présence de qui que ce soit, ils ne peuvent vous parler ou vous regarder en face sans une certaine inquiétude, ils fuient toute compagnie et toute conversation ; on dirait qu'ils ont le sentiment instinctif de leur infériorité et craignent d'être mis à une trop rude épreuve ; certains ont une aversion plus marquée pour le sexe auquel ils appartiennent.

Beard signale une certaine expression du regard qui se détourne avec une sorte de honte ou de timidité inquiète : il considère que ce symptôme, qui assurément peut être neurasthénique, peut servir d'indice

diagnostique pour apprécier l'évolution de l'état général : plus le regard devient hardi et moins il se détourne, plus il y a de chances de voir l'amélioration s'établir.

La *monophobie* consiste au contraire dans la frayeur de la solitude et de l'isolement : les malades ne peuvent sortir qu'accompagnés et certains Américains ont payé des sommes fabuleuses pour avoir un compagnon constant dans toutes leurs affaires.

Sous le nom *d'astraphobie* ou de frayeur de l'éclair (fear of lightning), Beard a très bien décrit les crises de frayeur auxquelles sont sujets beaucoup de névropathes héréditaires, qui peuvent ne pas être neurasthéniques : nous en avons observé de nombreux exemples chez des sujets, évidemment touchés par l'hérédité nerveuse, mais absolument indemnes de tout phénomène neurasthénique ; mais nous en avons également rencontré des cas chez quelques neurasthéniques. Ces malades qui sentent en général venir l'orage et qui sont habituellement accablés, fatigués par les temps orageux, même sans éclair ni tonnerre, sont pris, à l'occasion des décharges électriques de l'atmosphère, d'une véritable crise nerveuse avec angoisse, tremblement, affaissement musculaire général ou agitation extrême, accompagnés d'une vive frayeur. Ils s'enferment dans leurs appartements ou descendent dans les caves, ils ferment rideaux et fenêtres, se bouchent les oreilles et sont, pendant toute la durée de l'orage, dans un réel état de crise Une de nos clientes, névropathe héréditaire, devenue neurasthénique, attribuait cette frayeur qu'elle sait déraisonnable, à l'état de dépression que produit chez elle

l'état électrique de l'atmosphère : car elle est d'habitude très courageuse et peu accessible à la frayeur : cette explication rentre dans la théorie pathogénique générale des phobies par épuisement nerveux.

La pathophobie ou peur des maladies peut être un phénomène neurasthénique si on ne veut considérer comme pathophobes que ces malades atteints de troubles gastriques ou cardiaques et qui redoutent d'avoir une affection organique grave du cœur ou de l'estomac.

Mais la vraie pathophobie, la préoccupation obsédante qui fait craindre à certains malades d'avoir toutes les maladies dont ils entendent parler, n'est plus un simple phénomène neurasthénique : elle rentre, au même titre que l'hypocondrie, sa voisine, dans la catégorie des manifestations psychopathiques héréditaires.

Il en est certainement de même pour la *pantophobie* et la *phobophobie :* il est rare que l'épuisement nerveux accidentel aboutisse à une telle puérilité du caractère qui fait redouter toutes sortes de choses, et va jusqu'à inspirer aux malades la peur d'avoir peur. Ce sont des obsessions de chaque instant, à propos de chaque événement : certains sujets n'ont pas seulement peur pour eux-mêmes, mais encore pour leurs parents ou leur entourage ; c'est ainsi qu'une mère ne pouvait tolérer que son fils s'écartât un seul instant de sa présence ; elle le tenait prisonnier auprès d'elle pour calmer ses obsédantes appréhensions à son égard ; de tels malades peuvent être neurasthéniques, mais ils appartiennent en même temps à la série des aliénés conscients.

Enfin la *misophobie* (peur de la saleté) qui se complique souvent aujourd'hui d'une phobie nouvelle qu'on pourrait appeler la *bacillophobie*, la peur des microbes, et qui fait prendre, aux malheureux qu'elle persécute, les précautions les plus exagérées contre tout danger de contamination, est également une psychose héréditaire qui peut se développer au cours de la neurasthénie. On voit alors ces malades refuser de prendre certains aliments, de boire certaines eaux qui pourraient être contaminées, ne pas oser toucher certaines personnes ou certains objets qui pourraient être souillés, fuir avec horreur certains milieux où doivent se trouver des germes morbides, des poussières malfaisantes, etc. : ce sont de tels malades qui se lavent les mains cinquante ou cent fois par jour, qui se relèvent la nuit pour secouer et brosser énergiquement leurs habits, qui ne peuvent boire dans un verre sans l'avoir essuyé ou s'asseoir sur une chaise sans l'avoir frottée avec leur mouchoir, etc., etc. Mais Beard indique lui-même qu'il a trouvé des antécédents héréditaires dans presque tous ces cas.

La misophobie est souvent associée à d'autres symptômes tels que le *délire du toucher* et certains *tics :* elle constitue alors une entité pathologique à laquelle M. Charcot a donné le nom de *maladie des tics ;* mais il s'agit là d'une psychose où l'hérédité joue le rôle prédominant.

Les tics proprement dits sont rares dans la neurasthénie simple : si on les y rencontre on est presque certain de rencontrer en même temps l'influence d'ascendants plus ou moins névropathiques : ils ne sont dès lors qu'un phénomène de complication.

De même, les vraies *crampes professionnelles* qui, nous l'avons déjà dit, peuvent apparaître au cours de l'épuisement nerveux : la plupart reconnaissent pour cause une hérédité névrosique ou arthritique, et ne cèdent pas au traitement général de la maladie de Beard : certaines crampes de même aspect font cependant exception et paraissent bien être de nature purement neurasthénique (Vigouroux).

On pourrait assurément décrire une multitude d'autres frayeurs déraisonnables qui assiègent et tourmentent l'esprit de nombreux névropathes et neurasthéniques : ainsi la *zoophobie* ou peur de certains animaux nullement dangereux tels que la souris, l'araignée, le rat, le ver de terre, etc. ; la peur des hommes ivres qui a parfois sa raison d'être, la peur de certains objets et de certains mouvements, etc., etc. : ces peurs, qui peuvent être l'occasion de réelles crises nerveuses, varient à l'infini selon l'éducation, l'individu, le milieu social ou professionnel, la culture de l'esprit, les croyances religieuses, etc.

Elles indiquent toutes un affaiblissement notable de l'énergie morale, une réelle infériorité psychophysiologique : mais la plupart n'atteignent le caractère de phobie angoissante ou simplement pénible, que chez les héréditaires de marque, où elles peuvent s'accompagner d'inconscience, d'impulsivité, voire même d'hallucinations.

Chez les neurasthéniques il s'agit plutôt d'aboulies momentanées, d'inquiétudes plus ou moins pénibles toujours conscientes, que le malade raisonne et essaie de fuir, comme il essaie de guérir son mal de tête ; elles produisent des appréhensions plus ou moins

exagérées ; mais elles ne prennent l'allure obsédante aiguë et tenace des véritables phobies psychosiques, que dans les cas où l'hérédité complique la situation, à moins que la neurasthénie par sa persistance, ses fréquentes rechutes et sa longue durée, n'ait elle-même développé un état psychopathique secondaire : en somme elles n'appartiennent pas à la symptomatologie classique de la neurasthénie commune.

IV. — Signes objectifs

Il n'a été question, jusqu'à présent, que de symptômes purement subjectifs qui sont d'ailleurs les plus communs et les plus manifestes dans la maladie de Beard : on a même dit qu'il n'existait pas de signes objectifs ; mais, en réalité, il eût été plus exact de dire qu'on n'en connaissait pas de précis, parce qu'on ne les a pas encore suffisamment étudiés. Il n'existe pas en effet de manifestations psychiques sensorielles ou morales sans une manifestation organique correspondante : le plus difficile est de déterminer et d'apprécier ces états organiques, en un mot d'objectiver les apparences symptomatiques.

Beard avait déjà signalé une première tentative dans cette voie, sans toutefois y attacher l'importance et le caractère d'une objectivation précise, en relatant les observations de *tracés sphygmographiques*. La caractéristique fondamentale de ces tracés est la variabilité et la fluctuation de la tension vasculaire dans la plupart des cas, presque toujours accompagnées d'une diminution appréciable et permanente de cette tension. On observe alors, au cours d'une tension

moyennement affaiblie, des alternances rapides d'élévation et d'abaissement du tracé, sans qu'il y ait aucune altération matérielle de l'appareil circulatoire. Ainsi, après avoir constaté une tension normale le matin on trouvera quelques heures et même quelques minutes plus tard une hypotension qui disparaîtra et se reproduira plusieurs fois durant la journée. Mais cet examen sphygmographique devient alors compliqué et ne serait que d'un faible secours à la détermination diagnostique de la maladie.

Le *dynamomètre* donne des renseignements plus faciles et souvent significatifs : il accuse constamment une diminution notable de l'effort de pression, comparée à la moyenne de l'âge, du sexe et de la profession : car on sait que l'effort dynamométrique varie selon l'état de culture intellectuelle et qu'il est habituellement beaucoup plus considérable dans les professions libérales et artistiques que dans les professions purement manouvrières (expér. de Féré). Quelquefois on constate une inversion de la formule normale ; l'effort est alors plus accusé à gauche qu'à droite bien qu'il ne s'agisse pas d'un gaucher ; ce phénomène doit donner l'éveil et met souvent sur la piste d'une hémineurasthénie ou d'une complication hystérique.

L'*esthésiomètre* peut indiquer au début et dans certaines régions une réelle exagération de la sensibilité générale : on peut ainsi objectiver l'hyperesthésie du cuir chevelu et de la région vertébrale ; mais dans la période stationnaire de l'épuisement neurasthénique, on observe plutôt une diminution de la sensibilité qui oblige d'écarter les branches du compas de Weber.

Enfin, ou pourra s'assurer, par les procédés ordinaires, qu'il existe, à cette période, un certain retard de la transmission sensitivo-sensorielle et de la réaction, alors que la réflectivité générale est habituellement exagérée.

Ces différents signes objectifs dont nous ne faisons qu'esquisser une ébauche méritent d'être l'objet d'une étude plus attentive qui aboutira peut-être à la détermination précise, à la formule organique exacte de l'état neurasthénique.

V. — Évolution et marche de la neurasthénie.

C'est en quelque sorte un caractère typique de cette affection, que sa variabilité, son irrégularité d'allures et la multiplicité de ses fluctuations. La neurasthénie est loin d'être, en effet, un processus pathologique à cycle défini, évoluant d'une façon régulière, à périodes fixes : il se produit, au cours de son évolution, des hauts et des bas, des rémissions et des aggravations passagères. Au moment où l'on croit les malades sur le point de guérir, une émotion morale ou un excès de fatigue les précipite de nouveau en pleine maladie.

Un autre caractère général du processus neurasthénique, c'est le parfait parallélisme avec lequel tous les phénomènes dont il est constitué marchent de pair, s'aggravant ou s'améliorant tous en même temps. Nous avons eu souvent l'occasion de faire remarquer, dans la description des symptômes, comment chaque phénomène, considéré isolément, suit l'évolution du processus général. Cette marche est

vraiment spéciale à la névrose neurasthénique qui, malgré son irrégularité d'allures, a cependant un commencement et souvent une fin, et peut même être divisée, à ce point de vue, en plusieurs périodes.

Début, Prodromes. Il est rare que la neurasthénie débute brusquement et d'emblée avec un ou plusieurs de ses symptômes stigmatiques; néanmoins on en cite des cas, à la suite d'émotions morales vives ou de chocs traumatiques.

Le plus souvent, c'est lentement et irrégulièrement que les troubles fonctionnels qui la caractérisent s'établissent un à un et se multiplient.

Mais souvent encore, il y a une véritable *période prodromique* pendant laquelle on n'observe, chez des malades qui deviennent plus tard neurasthéniques, que des accidents névropathiques indéterminés, des malaises passagers, des névralgies erratiques ou fixes, des troubles digestifs capricieux, une émotivité exagérée, en un mot, des phénomènes inconstants et variables d'un état névropathique vague. Et cependant on peut quelquefois prévoir, à la forme et à la nature de ces désordres névropathiques, qu'ils doivent être les précurseurs de l'état neurasthénique.

En effet, peu à peu et souvent l'un après l'autre, apparaissent à quelques semaines, ou à quelques mois d'intervalle, selon l'intensité et la rapidité d'action des causes qui président à l'évolution du mal, les principaux symptômes classiques de l'affection.

1re *Période.* L'insomnie est souvent l'un des premiers phénomènes, mais il passe quelquefois inaperçu: pourtant les troubles du sommeil jouent un rôle considérable dans l'évolution et l'aggravation de l'épui-

sement nerveux, en empêchant la réparation normale de la fatigue. Puis survient l'affaiblissement musculaire avec les sensations de courbature et d'anéantissement, souvent plus accusées au réveil. Les premiers désordres gastriques peuvent consister, pendant longtemps, en de simples troubles de l'appétit qui est capricieux, tantôt exagéré, tantôt presque éteint, et dans un peu de ballonnement stomacal avec rougeurs du visage après les repas. La céphalée n'apparaît ordinairement que plus tard ; souvent même elle est précédée de la sensibilité spéciale du cuir chevelu, et pendant cette première période, elle est loin d'être constante et ne se manifeste que par accès.

C'est d'ailleurs un des caractères qu'on pourrait attribuer à cette période, de donner lieu à de véritables *accès de neurasthénie*. Bien que nous ne les ayons pas trouvés signalés dans les auteurs, nous avons eu fréquemment l'occasion d'en observer.

Nous avons déjà relaté le cas d'un *accès de fièvre,* d'ordre neurasthénique, ou du moins accompagné d'une poussée neurasthénique ne durant que quelques jours ; nous avons également parlé d'un de nos malades qui fit un accès neurasthénique non fébrile, à la suite d'un surmenage musculaire (abattage d'un arbre) ; pendant trois ou quatre jours, ce malade, habituellement névropathe, souffrit de la céphalée avec l'insomnie et l'amyosthénie classiques. Nous soignons encore une jeune femme qui a fait une série d'accès neurasthéniques, durant de trois à huit jours chacun, avant d'entrer dans la période confirmée de la neurasthénie définitive.

En résumé, on observe souvent, pendant cette pre-

mière période où domine tantôt un phénomène (l'insomnie), tantôt un autre (la céphalée ou la dyspepsie), au milieu d'une santé apparemment normale, de véritables *crises ou poussées neurasthéniques*, se produisant à l'occasion d'un surmenage nerveux quelconque, durant quelques jours, et caractérisées par l'ensemble plus ou moins complet des symptômes classiques de la maladie de Beard.

A ce moment, si les conditions étiologiques restent stationnaires ou même diminuent d'intensité, le mal lui-même peut longtemps rester stationnaire ou diminuer de gravité. A ce moment encore, si l'on diagnostique la véritable nature des accidents, si l'on sait voir le bout de l'oreille de la névrose qui apparaît et s'installe peu à peu, on peut couper court aux progrès du mal et le déloger assez facilement par une hygiène et une thérapeutique appropriées. Mais si l'on traite les malades de fantasques ou d'incompris, si l'on s'obstine à soigner une simple dyspepsie ou à faciliter exclusivement le sommeil par des narcotiques, la neurasthénie continue sa route et se confirme chaque jour davantage.

Deuxième période. Alors la céphalée devient classique, les troubles dyspeptiques presque permanents, l'insomnie habituelle, le caractère irritable; en un mot, les phénomènes stigmatiques que nous avons décrits ont successivement pris place au foyer neurasthénique, la maladie est entrée dans la période d'état ou période stationnaire.

Néanmoins, c'est pendant cette période qu'on observe des rémissions et des exacerbations passagères: la marche n'est pas fatalement continue et progres-

sive; elle présente même quelquefois des intermittences presque régulières; quelquefois les accidents se suspendent plusieurs mois de suite, pour réapparaître sous l'influence de nouvelles causes d'épuisement.

C'est pendant cette période que se développent la plupart des symptômes secondaires que nous avons décrits; mais elle peut durer longtemps sans donner lieu aux phénomènes d'amaigrissement consomptif et d'état mental phobique ou hypocondriaque qui, en dehors de conditions spéciales ou héréditaires, n'apparaissent que beaucoup plus tard.

On pourrait, en effet, dans certains cas, décrire une *troisième période* de cachexie neurasthénique, où la maladie s'est compliquée de dilatation de l'estomac avec émaciation, de troubles sécrétoires souvent graves et de désordres psychopathiques inquiétants (mélancolie, états d'anxiété).

Mais il est rare, aujourd'hui surtout que la neurasthénie commence à être connue et bien comprise, qu'un traitement approprié ne vienne pas interrompre le cours du processus neurasthénique.

La neurasthénie commune, en effet, n'est pas elle-même une maladie mortelle; elle ne pourrait tuer que par certaines complications auxquelles elle ouvre la porte.

Sa durée est très longue et sa marche essentiellement chronique: il existe des formes subaiguës durant de plusieurs semaines à plusieurs mois, mais c'est la forme chronique qui est la plus fréquente: nous n'avons jamais observé de formes franchement aiguës, et la plupart des auteurs ne sauraient ad-

mettre dans le nervosisme aigu de M. Bouchut, la description d'une neurasthénie aiguë.

Telle est la marche générale de la neurasthénie commune que nous avons envisagée jusqu'ici : mais il est des formes cliniques et étiologiques de cette affection qui modifient ou plutôt compliquent parfois sa symptomatologie et son évolution et que nous allons maintenant passer en revue.

CHAPITRE VII

FORMES CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

Neurasthénie et neurasthéniques. On pourrait, sans doute, en parcourant les descriptions cliniques variées et quelquefois très dissemblables, en apparence, des accidents neurasthéniques, se demander si la *cérébrasthénie,* la *myélasthénie,* la *neurasthénie cérébro-cardiaque et cérébro-gastrique,* la *neurasthénie sexuelle* de Beard, la *neurasthénie traumatique et héréditaire,* enfin l'*hystéro neurasthénie,* ne constituent pas autant d'espèces morbides, ou du moins nosographiques, distinctes, reliées entre elles par un fond commun d'état névropathique spécial.

Ne pourrait-on pas admettre que la neurasthénie consiste dans un état névropathique général por-

duisant des types morbides variés, lesquels ne seraient que des séries plus ou moins complexes des divers accidents neurasthéniques?

Ne pourrait-on pas faire, un jour ou l'autre, pour la neurasthénie une étude semblable à celle que M. Féré vient de faire pour l'Epilepsie, en décrivant sous le nom commun d'*Epilepsies* les divers états morbides qui présentent les signes subjectifs et objectifs caractérisant l'état névropathique épileptique.

Il y a évidemment des états neurasthéniques dont l'évolution clinique et la gravité pronostique est très différente et qui pourraient à la rigueur constituer autant de types cliniques différents de la neurasthénie : mais il est certain d'autre part que tous ces états se rattachent par une pathogénie commune et par certains grands symptômes qui sont toujours les mêmes quelle que soit la modalité clinique ou étiologique à laquelle ils appartiennent.

« Le complexus symptomatique de la neurasthénie répond à une espèce morbide dont la fixité nosographique ne saurait être sérieusement contestée, puisqu'on la voit conserver son individualité dans les circonstances très variées où elle peut se développer. Que les facteurs étiologiques appartiennent à la catégorie des actions lentes (surmenage intellectuel) ou des actions brusques (choc traumatique), malgré ces diversités d'origine, malgré quelques différences relatives au sujet, le type morbide neurasthénie, à part quelques modifications d'ordre secondaire, reste à peu près immuable. » (Charcot). C'est assez clair : il ne s'agit plus cette fois d'une « névrose protéiforme » et les *modalités cliniques et étiologiques*

que nous allons étudier, sont donc purement secondaires.

I. Variétés cliniques

Forme cérébro-spinale commune. — Hemi-neurasthénie. — Cérébrasthénie. — Myélasthénie. — Neurasthénie cérébro-gastrique et cérébro-cardiaque. — Névrose gastrique. — Neurasthénie sexuelle de Beard.

Les diverses formes cliniques de la neurasthénie sont essentiellement dues tantôt à la diversité des combinaisons symptomatiques, tantôt à la prédominance de certains symptômes sur les autres.

Elles dérivent toutes de la forme commune que nous venons de décrire, c'est-à-dire de la forme cérébro-spinale acquise.

a. L'Hemi-neurasthénie n'est autre qu'une forme commune dont les principaux symptômes sont localisés ou plus accusés dans un des côtés du corps. Beard avait parfaitement observé que « la neurasthénie affecte quelquefois une moitié du corps plus que l'autre ; c'est à cette anomalie que je donne le nom d'Hemi-neurasthénie ». Alors, dit-il, la douleur de tête peut être plus forte du côté gauche et l'œil sera plus faible de ce même côté, plus douloureux si on le surmène et la photophobie y sera plus accusée. Le bras et la jambe sont également plus faibles à gauche qu'à droite et le tremblement se produira plus facilement dans les deux membres du côté affecté. Les bruits d'oreille pourront être exclusivement limités à l'oreille droite ou gauche sans qu'il y ait aucune lésion

matérielle de l'organe ; enfin les sensations de fourmillement, de froid ou de chaleur, d'engourdissement ou de picotement, les douleurs fulgurantes, les crampes et les névralgies peuvent prédominer très nettement ou même n'exister que d'un seul côté.

Il est curieux de voir cette localisation unilatérale des accidents neurasthéniques et de la comparer avec l'hemilatéralité de la plupart des accidents hystériques : mais on n'observe jamais ici une aussi grande précision de la limitation et une aussi grande netteté des phénomènes que dans les hemi-anesthésies sensitivo-sensorielles de l'hystérie.

b. Cérébrasthénie. Quelques auteurs ont décrit sous le nom de *cérébrasthénie* une forme de neurasthénie où les accidents cérébraux sont très développés et paraissent dominer la situation. La céphalée y est plus intense et presque permanente, donnant lieu parfois à de véritables accès migrainiformes ; l'impuissance au travail intellectuel est poussée au dernier point et ne permet aucune occupation ; la mémoire est considérablement diminuée ; l'insomnie et les vertiges s'accompagnent de préoccupations hypochondriaques et d'une vive irritabilité du caractère. L'émotivité est extrême et l'hyperexcitabilité sensorielle ne tolère aucun bruit, aucune fatigue des sens : cette forme se complique ordinairement de troubles dyspeptiques plus ou moins graves ; mais les phénomènes médullaires y sont à peine indiqués. La cérébrasthénie reconnaît le plus habituellement pour cause les excès intellectuels, les veilles prolongées, les préoccupations et les soucis d'affaires, parfois les émotions morales : c'est la neurasthénie des gens de

lettres, des savants, des artistes, des grands industriels, des financiers, des jeunes gens surmenés par les concours, etc. : elle est parfois apparemment très inquiétante et peut faire redouter des accidents psychopathiques et organiques beaucoup plus graves.

c. Myélasthénie. On a de même donné le nom de *myélasthénie* à la forme dans laquelle prédominent les accidents spinaux : cette forme est assez bien représentée par la description clinique de l'ancienne *irritation spinale.* La rachialgie est intense et se produit ou s'exagère à l'occasion des mouvements et de la moindre fatigue : l'hyperesthésie de la région spinale est très développée ; les malades éprouvent la sensation de courbature douloureuse et de faiblesse générale à l'occasion des moindres efforts : c'est dans cette forme qu'on observe le plus souvent la parésie et les douleurs fulgurantes des membres inférieurs qui peuvent faire penser au début d'une véritable maladie organique de la moelle ; c'est également dans la myélasthénie que se produisent des névralgies multiples plus ou moins tenaces, sur l'existence desquelles était fondé l'ancien type morbide *névralgie générale* de Valleix. La névralgie générale n'est en réalité qu'une variété de la forme médullaire ou rachialgique de la neurasthénie. Dans ces cas, les accidents cérébraux et gastriques ne sont qu'esquissés ou manquent entièrement ; l'intelligence est restée apte au travail, la céphalée n'est que passagère mais les membres supérieurs et inférieurs sont considérablement affaiblis et condamnent le malade au repos presque absolu.

C'est encore dans cette forme spinale qu'on peut faire rentrer la *variété rhumatoïdale* qui se traduit

par une localisation des douleurs névralgiques au niveau des articulations. Les douleurs sont parfois très comparables aux douleurs articulaires ; elles peuvent se produire ou s'accentuer sous l'influence des mouvements, et même s'accompagner d'un certain gonflement de la jointure sans réaction inflammatoire. Si dès lors on rencontre l'arthritisme dans l'hérédité (et on sait combien il est commun dans l'hérédité névropathique), si, d'autre part le malade éprouve des accidents dyspeptiques, il n'est pas difficile au clinicien peu familiarisé avec la neuropathologie, d'interpréter tous ces phénomènes dans le sens purement arthritique. Aussi n'obtient-on aucun résultat par le traitement ordinaire des stations et eaux thermales, combiné à la diététique de l'estomac : nous avons eu l'occasion d'observer deux malades de ce genre qui depuis dix-huit mois et trois ans étaient traités sans résultat comme rhumatisants dyspeptiques et qui furent guéris en quelques semaines par la simple franklinisation, sans régime spécial.

d. Dans d'autres cas la prédominance de certains symptômes viscéraux du côté du cœur ou de l'estomac ont donné lieu, avant même que la neurasthénie ne fût connue, à la description de deux types cliniques connus sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber* et de *maladie cérébro-gastrique de Leven.* En réalité, ce ne sont que deux modalités cliniques plus ou moins fréquentes et précises du type général, neurasthénie.

En décrivant la *névropathie cérébro-cardiaque* (1873), Krishaber avait déjà reconnu et signalé sous ce nom la plupart des troubles ordinaires de la neu-

rasthénie « l'insomnie, l'irritabilité excessive du caractère, la nature pénible des rêves où les impressions tristes dominent, les vertiges, les troubles de la vue, de l'ouïe (hyperesthésie, mouches volantes, tintements et bourdonnements d'oreille), l'hyperesthésie cutanée, la sensation de vide dans la tête, l'impotence cérébrale et quelques troubles de la respiration et des voies digestives ». C'était bien là un tableau clinique presque complet de la neurasthénie, il n'y manquait guère que le terme général : mais d'autre part, l'auteur avait surtout insisté sur les accès ou crises cérébro-cardiaques de ce type clinique. Or, c'est là qu'il avait confondu, sous cette dénomination commune, des accès nerveux qui appartiennent les uns à l'attaque avortée de l'hystérie, les autres à l'angine de poitrine neurasthénique. En somme la forme cérébro-cardiaque de la neurasthénie est celle dans laquelle à côté des phénomènes céphaliques ordinaires se placent des troubles cardiaques, sans lésion organique, d'une certaine intensité, celle où prédominent les palpitations, les désordres, vaso-moteurs, les accès névralgiques d'angor pectoris et qui par suite peut faire redouter aux malades qu'ils soient atteints d'une véritable maladie du cœur. L'abus du thé et du café, mais surtout les émotions morales et les travaux intellectuels avec préoccupation paraissent être les causes les plus spécialement favorables au développement de cette modalité neurasthénique.

e. La *forme cérébro-gastrique* est beaucoup plus commune : c'est vraisemblablement la variété la plus fréquente de la neurasthénie cérébro-spinale ordinaire. Nous avons dit en effet combien les troubles gastri-

ques étaient fréquents et souvent même prédominants dans la maladie de Beard classique : il est inutile de revenir sur la description de cette dyspepsie flatulente qui caractérise ici la situation. Mais il est important de rappeler que les désordres gastriques ne sont nullement la cause des troubles cérébraux qui les accompagnent, pas plus que ceux-ci ne sont la cause des accidents dyspeptiques. Il n'y a là qu'une simple concomitance et ces deux ordres de phénomènes relèvent d'une cause unique, la neurasthénie générale.

Y a-t-il maintenant une modalité clinique de l'épuisement nerveux donnant lieu à de simples désordres gastriques, sans mélange d'autres phénomènes évidents? Y a-t-il une neurasthénie purement gastrique, au début du moins, et d'où dériveraient ultérieurement les autres troubles nerveux? Il est assurément possible que la neurasthénie commence par de simples troubles dyspeptiques et reste même assez longtemps confinée dans ces manifestations : mais elle ne tarde pas d'ordinaire à se compliquer des autres phénomènes qui complètent le tableau.

Enfin on pourrait à la rigueur faire une modalité clinique particulière de ces neurasthénies à prédominance gastrique dans lesquelles il se produit, de plus ou moins bonne heure, les lésions de gastro-enteroptose décrites par M. Glénard. Ce serait la *forme ptosique* de la neurasthénie : en réalité, cette forme ne se développe que dans des conditions étiologiques spéciales, et n'est le plus souvent encore qu'une aggravation des désordres parétiques qui frappent les muscles pariéto-viscéraux de l'abdomen au même titre que l'amyosthénie générale.

f. Neurasthénie sexuelle. — Beard a fait tout un traité spécial sur la *Neurasthénie sexuelle*, « On sexual neurasthenia » (New York, 1884). où il considère cette forme comme une « variété très importante et très fréquente de l'épuisement nerveux ».

En réalité, il s'agit le plus souvent de la forme commune de la neurasthénie dans laquelle prédominent les désordres de l'appareil génital que nous avons décrits, mais souvent d'une manière tellement intense, que ces désordres dissimulent les autres ou paraissent les tenir sous leur dépendance. C'est à ce point, en effet, selon l'auteur américain, que « l'impuissance sexuelle, la spermatorrhée, l'irritabilité prostatique, etc. sont, dans ces cas, presque universellement considérées, comme des maladies distinctes ». Or, il est habituellement rare que ces symptômes soient isolés et constituent une entité morbide spéciale : le plus souvent ils sont associés aux symptômes ordinaires de la neurasthénie et évoluent parallèlement à l'état général de l'épuisement nerveux.

Cette variété sexuelle se caractérise donc par une exagération des troubles génitaux donnant lieu, selon les cas, tantôt à un priapisme énervant, tantôt à une impuissance complète ; elle s'accompagne presque toujours de douleurs dans les testicules ou les ovaires, d'une hypersensibilité de la région génitale, de spermatorrhée et de leucorrhée.

Les causes résident ordinairement dans un état maladif préalable des appareils ou de la fonction génitale, qui localise et concentre les phénomènes de l'épuisement dans cette sphère spéciale : il y a d'autre part des sexuels, comme il y a des cérébraux, et il n'est

pas étonnant que chez ceux-là la maladie de Beard révèle une forme particulière : aussi pourrait-on aussi bien, dans certains cas, catégoriser la neurasthénie sexuelle parmi les variétés étiologiques de cette affection.

II. — Variétés étiologiques

Neurasthénie traumatique. — Histero-neurasthénie. — Neurasthénies héréditaires. — Neurasthénie féminine. — Neurasthénie mâle et ouvrière.

Les variétés cliniques, que nous venons d'exposer, sont loin d'avoir l'importance des variétés étiologiques : elles ne sont en réalité que des modifications secondaires et purement phénoménologiques du type général, neurasthénie commune. Sans doute M. Charcot a raison de faire observer qu'au point de vue nosographique, ce type général « conserve sa fixité, son originalité, son autonomie, malgré la variété des causes occasionnelles » ; il n'en est pas moins vrai que certains facteurs étiologiques communiquent au processus neurasthénique une évolution spéciale, qui lui donne une signification et une gravité particulières, quand il s'agit surtout de neurasthénie traumatique, d'hystero-neurasthénie, et de neurasthénie héréditaire. Le type clinique général reste pur dans ses grandes lignes ; mais il se complique d'accidents surajoutés qui modifient singulièrement sa valeur pathologique.

a. Neurasthénie traumatique. On ne devrait comprendre sous ce nom que l'épuisement nerveux résultant d'un choc traumatique plus ou moins violent.

On sait en effet, depuis quelques années seulement, que ces chocs, particulièrement ceux qui résultent d'accidents industriels et mieux encore de collisions de chemin de fer, sont capables de déterminer, en dehors des traumatismes chirurgicaux vulgaires et de toute lésion manifeste des centres nerveux, toute une série de désordres névrosiques, que certains auteurs, en Allemagne surtout, ont classifié dans une série nosographique spéciale, sous le nom de *Névrose traumatique*. Nous ne voulons pas entrer ici dans la discussion détaillée de cette doctrine, que nous nous proposons d'exposer bientôt dans une monographie spéciale : mais il paraît aujourd'hui bien établi que les chocs physiques, de quelque nature qu'ils soient, n'ont jamais eu la propriété de déterminer et créer de toutes pièces un type morbide spécifique qui mériterait le nom de névrose traumatique. Il n'y a vraiment pas de névrose traumatique spéciale ; mais il y a des névroses traumatiques qui ne sont autres que les névroses classiquement connues sous le nom de neurasthénie, hystérie, chorée, paralysie agitante, etc., et qui peuvent être occasionnellement déterminées par un choc traumatique. Bien plus encore : « il n'est point une seule des affections nerveuses dont l'ensemble forme ce que j'appelle la famille neuropathologique qui ne puisse apparaître comme conséquence du shock ; à savoir : paralysie agitante, épilepsie, vésanie, sclérose en plaques, etc., etc.

« Mais, dans la règle, c'est la neurasthénie et l'hystérie, soit isolées, soit combinées l'une avec l'autre en proportions diverses, qui s'offrent en pareille occurrence, compliquées ou non de lésions organiques. On

pourrait dire, si je ne me trompe, que dans ces conditions un peu spéciales de collisions de trains, s'il y a production d'une affection nerveuse purement dynamique cette affection-la consistera dans la majorité des cas — *normalement* si l'on peut ainsi parler — dans la combinaison de deux névroses parfaitement autonomes, d'ailleurs indépendantes l'une de l'autre nosographiquement, mais qui semblent avoir l'une pour l'autre une grande affinité et coexistent, en conséquence, très vulgairement, chez un même sujet : j'ai nommé la neurasthénie d'une part et l'hystérie de l'autre » (Charcot, Leçons du Mardi 1888-1889).

Le *railway-brain* (cerveau de chemin de fer) et le *railway-spine* (moelle de chemin de fer) ne sont le plus souvent que des formes de cérébrasthénie et de myélasthénie, plus ou moins compliquées d'hystérie. La névrose traumatique des Allemands (et ces derniers finissent par se rendre à l'argumentation et aux preuves cliniques précises du Maître de la Salpêtrière) se résout le plus communément dans l'hystero-neurasthénie. C'est à ce titre que la neurasthénie figure comme une des névroses les plus fréquemment déterminées par les chocs traumatiques.

Nous venons de voir que la neurasthénie peut être produite isolément par un choc physique : or « la névrose de Beard se montre toujours la même quelle que soit la cause provocatrice ; l'origine traumatique ne détermine par elle-même aucune particularité nosographique qui permette de la distinguer des neurasthénies développées sous l'influence de toute autre cause, du surmenage intellectuel par exemple : c'est la même neurasthénie que celle qui se développe chez

les étudiants qui affrontent les concours, chez les savants et les gens de lettres au labeur acharné, chez les politiciens et les hommes d'affaires qu'écrasent de lourdes responsabilités et qui vivent incessamment bourrelés d'inquiétude » (Charcot).

En voici deux exemples : le premier est celui d'un maçon, mordu violemment par un chien, en se rendant à son travail : bien qu'il fût établi que le chien n'était pas enragé, le blessé fut frappé de cette morsure ; puis les plaies produites se compliquèrent d'abcès, la convalescence fut longue et pendant tout ce temps il fut tourmenté de rêves pénibles, le plus souvent professionnels (il rêvait d'échafaudages qui s'écroulaient), d'autres fois les rêves rappelaient la poursuite et les morsures du chien : l'appétit s'alanguit, les digestions devinrent mauvaises, le caractère s'assombrit, des maux de tête apparurent, accompagnés de vertiges et quand le malade voulut reprendre ses travaux il se trouva dans un tel état de faiblesse musculaire général qu'il dut y renoncer. N'est-ce pas là un tableau type complet de la neurasthénie simple avec rêves pénibles, céphalée, vertiges, dyspepsie, tristesse et émotivité, amyosthénie générale, etc. ; il ne s'y associait aucun symptôme d'hystérie.

Le deuxième cas est celui d'une dame américaine qui tomba du haut d'un mail-coach sur le gazon et ne se fit qu'une légère contusion des lombes qui nécessita quelques jours de repos au lit ; puis, lorsqu'il s'agit de se lever, les phénomènes neurasthéniques étaient déjà très accentués : céphalée, tête vide, mémoire paresseuse, vertige, impossibilité de recevoir des visites, dyspepsie atonique, sentiment de faiblesse

dans les membres inférieurs, mais aucun stigmate hystérique, et la santé antérieure était parfaite.

Ce cas est encore plus net que le premier : il n'y a pas eu là l'intervention des soucis professionnels, des ennuis d'une longue convalescence, des inquiétudes d'une morsure de chien inconnu ; il s'est agi purement d'une neurasthénie cérébro-spinale type, développée rapidement et exclusivement sous l'influence d'un choc traumatique.

Il n'y a évidemment rien de très spécial au point de vue clinique dans cette forme traumatique de la neurasthénie simple : néanmoins on peut déjà signaler la forme particulière des rêves qui reproduisent fréquemment la scène de l'accident dont le malade a été victime ; d'autre part l'état psychique des neurasthéniques traumatisés est en général plus affecté, plus triste, plus déprimé et plus émotif ; enfin il faut reconnaître que l'épuisement nerveux traumatique, si simple qu'il soit, si commune que puisse paraître sa modalité clinique, est ordinairement plus tenace et plus rebelle au traitement que les autres formes de même aspect mais d'une autre origine.

Telle est la vraie *neurasthénie traumatique simple* qui peut, on le voit, résulter isolément d'un choc physique plus ou moins violent. Nous ferons remarquer, en passant, qu'au point de vue médico-légal, la responsabilité de cette maladie neurasthénique accidentelle incombe tout entière aux causes de l'accident.

Mais, le plus souvent, à la suite des chocs traumatiques d'une certaine violence, tel que les collisions de trains, ce n'est pas seulement une neurasthénie simple qui se développe, mais bien « ce type clinique

complexe auquel M. Charcot a proposé de donner le nom d'*hystero-neurasthénie* » et dont il a fait dans ces dernières années l'objet de leçons et de démonstrations si intéressantes (V. Leçons du mardi).

b. L'*hystéro-neurasthénie* n'est autre que la combinaison, l'association et non le mélange ou la fusion des deux névroses qui restent nosographiquement distinctes, « puisque l'hystérie et la neurasthénie peuvent apparaître successivement chez le même malade, comme elles peuvent se montrer isolément chez des sujets différents ».

L'hystéro-neurasthénie constitue la masse des observations de névrose traumatique : c'est assurément la forme la plus fréquente du neuro-traumatisme. C'est d'autre part une combinaison fréquente dans la population ouvrière et on a souvent l'occasion de la rencontrer dans la pratique d'hôpital. Pourquoi? serait-ce une maladie nouvelle? Non : elle date de loin ; mais « nous avons appris à reconnaître ce qui autrefois passait inaperçu ».

Avant d'en décrire les principaux caractères, voici le résumé des principaux faits d'hystéro-neurasthénie cités par M. Charcot au cours de ses leçons.

1° C'est un boulanger, trente et un ans, dont les antécédents héréditaires sont chargés, il tombe à l'eau et manque de se noyer, en pêchant à l'épervier : peu à peu il entre dans la neurasthénie avec céphalée, dépression psychique, affaiblissement de la mémoire et dyspepsie : parallèlement se développaient les accidents hystériques suivants : rétrécissement du champ visuel, anesthésie pharyngée, hemianesthésie et hémiplégie avec blépharospasme à gauche ; pas d'attaques :

souvent il rêve de son accident et voit des enterrements qui viennent de la gauche : les troubles ont débuté quinze jours après l'accident et la neurasthénie et l'hystérie ont évolué simultanément.

2° C'est un maçon trente-deux ans, d'hérédité très chargée ; il tombe d'un échafaudage de dix mètres : la neurasthénie commence et se traduit par de la céphalée. de la dépression mentale extrême, de la dyspepsie et de l'affaiblissement musculaire et sexuel: puis trois mois plus tard on trouve des stigmates hystériques : hemianesthésie droite, pharynx insensible, hemiparésie, aura et vestiges hystériques; celui-ci après avoir d'abord rêvé de son accident, rêve d'animaux qui se présentent toujours du côté atteint (côté droit).

3° Ce sont des employés de chemin de fer : l'un a été renversé avec un fourgon qu'il manœuvrait, par une locomotive qui l'a pris en travers ; l'autre a été victime du déraillement de Velars : tous deux n'ont reçu que de très légères contusions guéries en douze ou quinze jours ; malgré quoi, ni l'un ni l'autre ne purent reprendre leur travail : ils sont devenus émotifs, tremblants, les jambes affaiblies, la tête vide et pesante, la mémoire en défaut, tourmentés de rêves pénibles rappelant leur accident, puis peu à peu, ils sont entrés dans l'hystérie l'un faisant des grandes attaques convulsives et l'autre de simples vertiges ou attaques avortées.

Ces observations typiques suffisent à mettre en relief les principaux traits du tableau clinique de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

En général ce sont les désordres neurasthéniques qui ouvrent la scène : il est beaucoup plus rare que

les deux névroses évoluent simultanément, ainsi que dans le premier cas cité. Il y a une véritable période neurasthénique qui précède pendant plus ou moins longtemps la période hystéro-neurasthénique. C'est en quelque sorte une période d'incubation : pendant les premiers jours il peut ne rien se produire, si ce n'est quelques troubles insignifiants : on peut même pendant deux ou trois semaines n'observer que « quelques désordres nerveux vagues, tels qu'insomnie, rêves pénibles ; puis tout à coup, après plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois, les symptômes de la maladie nerveuse se démasquent dans toute leur intensité ». Mais « il semble qu'à la suite de ces chocs traumatiques, il faille passer par la neurasthénie avant d'aboutir à l'hystérie ».

Les phénomènes neurasthéniques sont, comme on l'a vu, les phénomènes classiques ordinaires de la neurasthénie cérébro-spinale, mais, peut-être, dans certains cas, plus accentués, au moins pour la dépression psychique. Les phénomènes hystériques sont les stigmates sensitivo-sensoriels ordinaires, c'est-à-dire, l'hemianesthésie de la peau et des divers sens, l'anesthésie pharyngée et le rétrécissement du champ visuel. A ce propos, on a récemment signalé dans les cas de neurasthénie simple un rétrécissement concentrique du champ visuel, semblable au rétrécissement hystérique : mais, en général, il est beaucoup moins accusé et surtout beaucoup plus fugace et inconstant dans la neurasthénié. Un des symptômes hystériques les plus importants à constater dans ces cas et sur la nature duquel on peut se méprendre, c'est l'attaque : or, il ne faut pas croire que l'attaque hys-

térique soit toujours constituée par la grande attaque convulsive : les malades se plaignent souvent de vertiges ou de syncopes qui ne sont autres que des « représentants d'attaques » vraies, de vraies « attaques avortées » : si l'on analyse de près ces vertiges, on apprend qu'ils débutent par une sensation d'aura partant ordinairement d'un point hystérogène, puis qu'ils donnent lieu à des palpitations, avec battement des tempes, sifflements on bourdonnements d'oreille, enfin constriction de la gorge, étourdissement et quelquefois petite perte de connaissance : ce sont là de véritables accès hystériques, de véritables esquisses de l'attaque classique, qu'il est facile de reconnaître ; quand on les observe, on peut affirmer qu'il s'agit là de stigmates hystériques.

En général les accidents hystériques se greffent lentement et sans bruit sur les accidents neurasthéniques, lesquels continuent de croître et embellir, au cours de l'évolution des symptômes hystériques.

A côté de ces phénomènes ordinaires il en est un qui présente un intérêt tout particulier : c'est la forme des rêves dans l'hystéro-neurasthénie traumatique. Au début, pendant le stade neurasthénique les rêves peuvent être professionnels, c'est-à-dire avoir trait à la profession du malade ; un maçon rêve d'échafaudage, un conducteur de trains rêvera de machines et de fourgons : mais ces rêves professionnels sont pénibles et pleins de terreurs : l'échafaudage s'écroule, la machine déraille. Plus souvent encore, ces rêves du début reproduisent la scène du choc traumatique qui a causé tout le mal : c'est le chien qui poursuit et

qui mord, c'est la voiture qui se renverse ou les trains qui se rencontrent.

Mais plus tard l'évolution de l'hystérie apporte un nouvel élément à ces rêves : ce sont les animaux classiques, qui peuplent les rêves de l'hystérie : on sait, en effet, que le rêve hystérique a cela de commun avec le rêve alcoolique, c'est de figurer des animaux de toutes sortes ordinairement effrayants ; eh bien, quand le traumatisé devient hystérique ses rêves professionnels s'agrémentent de visions d'animaux fantastiques. Enfin, dernier trait au moins curieux de ces nouveaux rêves, c'est que les animaux en question et qui sont en marche, paraissent toujours venir du côté hemianesthénique ou hémiplégique. Si c'est à gauche que l'hystérie a élu domicile sous forme d'anesthésie ou de parésie motrice, c'est du côté gauche que les animaux paraissent venir : et ce fait curieux est d'observation presque constante.

Toutefois le caractère le plus saillant de tous ces désordres qui constituent le type clinique hystéro-neurasthénie, c'est leur ténacité et la gravité de leur persistance. « Ces deux névroses, ainsi associées, sont particulièrement tenaces et presque incurables. On sait trop bien comment on y entre, mais on ne sait jamais quand et comment on en sort. »

C'est qu'en effet l'hérédité joue souvent un rôle dans la détermination de ces formes hystéro-neurasthéniques, que le traumatisme n'a le plus souvent fait que reveiller et faire surgir inopinément; mais qu'il eût été incapable de créer de toutes pièces.

Hystéro-neurasthénie sans traumatisme et sans hérédité. Toutefois l'hérédité n'est pas fatalement

nécessaire, et le traumatisme lui-même peut faire défaut, ainsi qu'en témoigne le cas suivant : il s'agit d'un plombier de quarante-huit ans qui, *sans antécédents héréditaires connus et sans aucune cause apparente* fut pris de diplopie et d'embarras de la langue avec difficulté d'articuler et diminution de la mémoire au point de faire craindre le début d'une lésion organique : puis peu à peu les phénomènes neurasthéniques habituels se développèrent parallèlement à d'autres phénomènes hystériques (anesthésies, petites attaques) qui aboutirent bientôt à une hémiplégie complète. Ce fait prouve bien que dans certains cas l'hystéro-neurasthénie peut s'établir spontanément en dehors de toute influence héréditaire ou traumatique. Peut-être y a-t-il eu là une influence professionnelle toxique, le saturnisme dont ce malade avait été plusieurs fois victime ? (Obs. de M. Charcot.)

Hystéro-neurasthénie par choc moral. D'autre part « ce même ensemble symptomatique qu'on retrouve chez un individu tombé du haut d'un échafaudage, on le rencontre également chez d'autres où il n'y a pas à invoquer le moindre traumatisme, le moindre ébranlement physique ». L'hystéro-neurasthénie peut se développer sous l'influence d'un ébranlement moral plus ou moins violent. Déjà dans le cas du maçon mordu, que nous avons relaté, il était facile d'apprécier le rôle joué par l'élément moral (frayeur et soucis professionnels) dans l'évolution des accidents hystéro-neurasthéniques.

Mais voici un cas plus net où un seul choc moral, il est vrai, terrible, a été la cause immédiate de ces accidents : c'est le cas d'un menuisier en bâtiment,

âgé de cinquante-trois ans, bien portant, qui, travaillant un jour avec son fils âgé de dix-huit ans dans une même maison, vit ce dernier tomber du haut du toit et venir s'abattre sur le sol, ensanglanté et inanimé. En présence du cadavre horriblement mutilé de ce fils, objet de toute son affection, le malheureux père s'évanouit et resta quelques minutes sans connaissance. Puis, à partir de ce moment, son caractère se transforma et devint triste ; son sommeil devint difficile et entrecoupé de rêves où il revoyait l'horrible accident ; la céphalée, l'amyosthénie et la dyspepsie neurasthéniques ne tardèrent pas à apparaître : enfin quelques mois plus tard il eut une première attaque apoplectiforme d'hystérie à la suite de laquelle se développa l'hémiplégie classique avec spasme glosso-labié. Depuis, les rêves se sont modifiés : il ne voit plus l'accident, mais des animaux féroces qui s'avancent vers lui venant du côté hémiplégié. C'est bien un cas complet d'hystéro-neurasthénie, développé à la suite d'un choc moral violent ; mais il est juste de signaler que cet homme avait de nombreux antécédents héréditaires : il n'en est pas moins acquis que le processus complexe de l'hystéro-neurasthénie peut évoluer en dehors de tout choc traumatique, sous l'influence d'un simple choc psychique et qu'il ressemble malgré cela, absolument, au processus d'origine traumatique ; aussi y a-t-il lieu de se demander si dans la plupart des accidents nerveux traumatiques, ce n'est pas l'élément frayeur, choc moral, accompagnant fatalement tous ces accidents, qui joue le plus grand rôle ou du moins, s'il ne joue pas un rôle très important dans la détermination des désordres névrosiques.

Les chocs physiques, dans les diverses circonstances qui produisent le *neuro-traumatisme*, peuvent être extrêmement variés de forme et d'intensité et néanmoins ils aboutissent presque constamment au même processus névrosique, l'hystéro-neurasthénie: or, l'élément moral, psychique, c'est-à-dire la surprise violente et la frayeur qui accompagnent ces chocs est au contraire presque constamment le même et ne peut que varier d'intensité.

Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas de « shock » nerveux d'ordre physique ou psychique, il est presque de règle que l'état neurasthénique précède et prépare pendant assez longtemps l'apparition des phénomènes hystériques! toutefois il est des cas où le choc traumatique intervient au cours d'une neurasthénie préexistante et dans ces cas, il engendre d'emblée les désordres de l'hystérie. Tel le cas d'un employé de recettes qui, devenu neurasthénique par surmenage nerveux général, fut un jour, en pleine campagne, frappé par la foudre : le choc violent de la fulguration transforma la neurasthénie de ce malheureux en une hystéro-neurasthénie grave avec hémiplégie complète et désemparement moral très accusé.

Maintenant on rencontre encore l'hystéro-neurasthénie en dehors de cette étiologie brusque d'un choc violent, physique ou psychique. La misère, le vagabondage, les émotions morales résultant de certaines conditions de l'existence qui sont faites à un grand nombre de déclassés et de malheureux qui peuplent les grands centres, paraissent aboutir assez communément au complexus hystéro-neurasthénique.

M. Charcot a justement fait remarquer qu'on ren-

contre fréquemment cette modalité clinique dans les hôpitaux situés au centre d'une population manouvrière qui se surmène quelquefois, s'alcoolise souvent, et réalise moins souvent les meilleures conditions de l'hygiène au foyer domestique : c'est ainsi qu'on l'a observée avec une moyenne de quatre à cinq pour quarante malades, dans plusieurs services de l'hôpital Saint-Antoine. Mais, ajoute-t-il, « dans ces faubourgs populeux, tous les ouvriers ne sont pas des travailleurs manuels réguliers; on compte, parmi les hospitalisés, une assez forte proportion de gens sans profession avouée, sans domicile fixe, des vagabonds en un mot, qui sont exposés à chaque instant à tomber sous le coup de la police. Or l'hystéro-neurasthénie paraît chose vraiment fréquente parmi les misérables, les loqueteux, les gens sans aveu, qui fréquentent tour à tour les prisons, les asiles de nuit et les dépôts de mendicité.

« Serait-ce que le vagabondage conduit à l'hystéro-neurasthénie ou que celle-ci inversement conduit au vagabondage? Question délicate, intéressante au premier chef, au point de vue social et qui méritera certainement quelque jour d'être l'objet d'une étude approfondie ». (Leçons du mardi) (1).

Enfin, l'hystéro-neurasthénie qui est la conséquence la plus ordinaire des grands traumatismes et qui a une évolution lente, souvent progressive et toujours tenace, peut également se développer sous l'influence

---

(1) Voir le récent travail publié par Benedikt (de Vienne) sur « Le Vagabondage et son Traitement ».

apparemment exclusive de l'hérédité névropathique : c'est une des formes héréditaires de la neurasthénie.

c. Formes héréditaires de la neurasthénie. Nous entendons par là les formes d'épuisement nerveux simple, qui empruntent à une hérédité accusée une allure ou des caractères symptomatiques spéciaux : on peut en distinguer trois variétés principales. Dans le premier cas, il s'agit d'une neurasthénie acquise par les procédés ordinaires, sur laquelle se greffent certains symptômes de complication qui sont le plus souvent d'ordre héréditaire : tels les états d'anxiété poussés jusqu'à la phobie avec crise, tels encore certains tics ou crampes fonctionnelles, tels enfin certains états psychopathiques, la manie suicide, le délire du toucher, la mélancolie hypocondriaque, etc. : ce sont des *formes neurasthéniques compliquées de manifestations héréditaires.*

Dans le second groupe, on peut classer les diverses formes d'hystéro-neurasthénie qui accusent une hérédité influente, mais surtout celle qui se développe à la suite d'une neurasthénie primitivement simple en apparence et sans autre cause occasionnelle pour justifier la complication hystérique. Il est en effet des épuisements nerveux dus tout d'abord aux causes accidentelles ordinaires et qui plus tard se transforment, sans autre intervention étiologique, soit brusquement soit progressivement, en hystéro-neurasthénie. En général on retrouve dans ces cas l'influence manifeste des antécédents héréditaires : ce sont de véritables *hystéro-neurasthénies héréditaires.*

Enfin il existe une *forme primitivement héréditaire de la neurasthénie* qui peut rester longtemps limitée

aux simples phénomènes classiques de l'épuisement nerveux : cette forme peut être directement transmise par des parents neurasthéniques eux-mêmes, ou hystériques. En général elle débute beaucoup plus tôt que la neurasthénie commune et sans que le surmenage ou toute autre cause vulgaire ait participé à sa détermination : elle se révèle quelquefois dès les premiers âges par une émotivité exagérée, des migraines précoces, des terreurs morbides inexpliquées, et une grande susceptibilité à la fatigue musculaire. Cette forme de *neurasthénie héréditaire* est l'une des plus rebelles aux procédés thérapeutiques ordinaires.

d. Neurasthénie féminine, neurasthénie mâle et ouvrière. — Nous n'avons pas parlé jusqu'à présent de l'influence que peuvent jouer le sexe et les habitudes professionnelles sur l'évolution clinique de la neurasthénie : c'est qu'en réalité cette influence n'apporte pas au tableau clinique ordinaire de la neurasthénie commune des modifications assez importantes pour justifier la distinction de formes spéciales de *neurasthénie féminine* et de *neurasthénie mâle.* Ce qu'on peut dire à ce sujet concerne plutôt le pronostic que l'étude clinique de la maladie de Beard.

Quoi qu'en disent certains auteurs, il ne nous semble pas qu'il y ait lieu de faire un type à part de *neurasthénie féminine,* à moins que ce ne soit pour diminuer l'intensité et la ténacité des accidents que la neurasthénie produit dans le sexe fort. Peut-être qu'en raison de son émotivité naturelle et de son hypersensibilité morale particulières, la femme exagère les désordres sensitifs et moraux de cette affection, peut-être s'abandonne-t-elle plus volontiers aux sensations

de fatigue et résiste-t-elle moins longtemps aux causes du surmenage et de l'épuisement. Mais, en réalité, on retrouve, chez elle comme chez l'homme, la même céphalée, la même dyspepsie, la même amyosthénie, les mêmes troubles du sommeil. L'état psychique et moral s'affecte peut-être davantage : mais alors il ne change que les apparences en faveur du pronostic réel. La neurasthénie féminine peut paraître plus grave, alors qu'elle l'est beaucoup moins que chez l'homme. On peut à ce point de vue comparer la neurasthénie à l'hystérie : celle-ci fait plus de bruit chez la femme, et c'est chez l'homme qu'elle fait le plus de mal.

De même la *neurasthénie de l'homme* est ordinairement plus sévère, plus grave et plus tenace : si l'homme neurasthénique s'assombrit davantage c'est qu'il a de plus sérieuses raisons de le faire ; la neurasthénie, même commune, quand elle est en pleine évolution, désempare complètement un homme, l'immobilise et le paralyse au cours de ses occupations. Et c'est encore dans les classes ouvrières, où la misère, les chocs traumatiques et l'alcoolisme, s'ajoutent aux autres causes de l'épuisement, c'est dans le peuple qu'on observe les formes les plus graves et les plus accusées de la neurasthénie. « Il est remarquable, dit Charcot, que chez les sujets rustiques des classes ouvrières, les affections nerveuses, sans substratum organique, la neurasthénie et l'hystérie, par exemple, se montrent généralement, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves et plus tenaces que chez les sujets plus délicats et plus impressionnables des classes lettrées. ».

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Si les multiples combinaisons symptomatiques et les divers facteurs étiologiques de la maladie de Beard n'apportent que des modifications presque insignifiantes à la formule clinique générale de cette affection, il n'en est plus de même pour la formule générale de son pronostic. Il faut souvent tenir compte de la prédominance de certains phénomènes, du développement de certaines complications, des conditions qui ont présidé à son évolution, des causes qui l'ont déterminée, de la durée et des circonstances dans lesquelles la neurasthénie se rencontre, pour apprécier exactement sa gravité et ses chances de guérison. Il faut en outre, dans cette question du pronostic, considérer les conséquences que la neurasthénie peut entraîner non seulement pour l'individu mais encore pour sa descendance.

Le pronostic de la neurasthénie cérébro-spinale commune, acquise par surmenage, est ordinairement bénin et ne comporte de gravité qu'en raison de la durée des accidents. Si le cas est reconnu et traité de bonne heure, le repos et quelques précautions hygiéniques suffisent souvent à faire disparaître les pre-

miers accidents. Il faut cependant considérer qu'il y a des formes plus ou moins accentuées de l'épuisement, selon la résistance générale du sujet et selon l'intensité et la continuité des causes qui l'ont produit ; mais c'est surtout la longue durée et l'état chronique de la neurasthénie commune simple, qui assombrissent parfois le pronostic et rendent la guérison définitive plus difficile ou du moins plus lente ; néanmoins, la guérison est la règle dans tous ces cas, à condition qu'on se soumette à une thérapeutique suffisante et surtout suffisamment prolongée. C'est l'épuisement d'origine intellectuelle ou musculaire qui est le plus favorable au succès, quand toutefois il n'a pas été poussé trop loin : les neurasthénies de cause morale, celles encore qui se développent au cours et subissent l'influence de maladies chroniques avec anémie, émaciation, lésions locales, celles dans lesquelles la misère et l'inanitiation jouent un rôle sont beaucoup plus rebelles ; les neurasthénies de convalescence ont habituellement un caractère bénin.

La *prédominance de certains symptômes* peut, dans certains cas, aggraver le pronostic : il est incontestable que les *désordres gastriques* peuvent à la longue aboutir à de véritables lésions des organes digestifs, et la dilatation vraie de l'estomac une fois constituée, n'est pas faite pour améliorer la situation ; d'un autre côté, les troubles dyspeptiques, s'ils sont intenses et persistants, ne tardent pas à compromettre la nutrition générale et à augmenter ainsi les conditions d'infériorité physiologique qui favorisent et aggravent l'épuisement neurasthénique.

La prédominance des *troubles génitaux* est éga-

lement d'un mauvais augure : elle indique souvent un état névropathique spécial qui explique l'hyperexcitabilité sexuelle de certains malades ; mais cette hyperexcitabilité conduit aux abus qui aboutissent à l'impuissance et à la spermatorrhée : cette dernière condition assombrit notablement le pronostic d'une neurasthénie d'ailleurs vulgaire. Chez la femme, l'existence de lésions génitales peut être également une cause de préoccupations morales ou de désagréments physiques qui entretiennent le mal et retardent la guérison.

Un des symptômes communs qui nuit peut-être le plus à l'amélioration de l'état général, c'est l'insomnie : c'est quelquefois d'ailleurs un des plus difficiles à faire disparaître, si l'on s'adresse surtout, pour le combattre, aux différents narcotiques de la pharmacopée ; néanmoins on peut, à l'aide de certains procédés, obtenir assez rapidement sa disparition, et l'amélioration de ce symptôme devient alors un excellent signe pour le pronostic de l'évolution du processus général.

L'*état mental* de certains neurasthéniques est parfois réellement inquiétant : leur découragement est tellement profond, leur tristesse tellement sombre, qu'on peut redouter l'apparition d'une véritable hypocondrie. La constatation d'idées noires et surtout du désir de la mort et d'une sorte de monomanie suicide, n'est pas davantage rassurante ; c'est que d'ordinaire, ces états psychopathiques relèvent d'une influence héréditaire et n'appartiennent pas, le plus souvent, au pronostic de la neurasthénie commune.

Il en est ainsi pour ces *symptômes de complication* que nous avons décrits sous le nom de phobies, quand

ils revêtent l'allure classique des agoraphobies, claustrophobies, pantophobies et autres phobies avec crises angoissantes ; de même quand on observe certains tics nerveux, ou le délire du toucher, on peut être certain qu'il y a là une influence héréditaire aggravant singulièrement le pronostic, du moins pour la durée du traitement et les chances d'une guérison définitive.

C'est en effet *l'hérédité* qui donne parfois à certaines formes de la neurasthénie un cachet de ténacité et de gravité qui n'appartient pas aux formes beaucoup plus intenses et même chroniques de la neurasthénie commune.

Les diverses formes héréditaires de la neurasthénie que nous avons signalées sont particulièrement rebelles au traitement : elles sont d'autant plus tenaces que l'hérédité des malades remonte plus haut et comporte des formes névropathiques plus graves dans les ascendants ; mais il y a lieu de faire une différence importante entre la neurasthénie qui se développe accidentellement, par surmenage, chez un héréditaire et y revêt une forme spéciale compliquée de phénomènes psychopathiques ou associée à l'hystérie, et la neurasthénie qui dérive directement de l'hérédité : celle-ci est assurément plus grave que l'autre. Néanmoins Beard assure que ces neurasthénies héréditaires comportent de fréquentes et même décisives améliorations, sinon d'absolues guérisons.

Le *traumatisme* est un autre facteur étiologique qui modifie le pronostic de l'épuisement nerveux. La *neurasthénie traumatique simple* est déjà plus tenace que la neurasthénie simple par surmenage nerveux ; mais *l'hystéro-neurasthénie traumatique* re-

présente la gravité maxima des neurasthénies acquises ; nous avons déjà dit combien son importance pronostique dominait l'histoire de son évolution clinique. Et, en général, toute hystéro-neurasthénie d'origine traumatique, psychique, toxique ou spontanée, comporte un pronostic assez grave, bien que non fatalement condamné à la désespérance ; « ces deux névroses associées sont particulièrement tenaces et presque incurables : bien qu'il ne s'agisse pas d'affections organiques, une neurasthénie profonde, compliquée d'hystérie, entraînant avec elles la misère intellectuelle et morale pour toujours peut-être, sont des choses incontestablement très graves » (Charcot).

Et ainsi que nous l'avons déjà indiqué, c'est chez l'homme surtout, et surtout encore dans la classe ouvrière ou malheureuse que ces formes étiologiques de la neurasthénie sont les plus redoutables : « L'homme, et l'on peut dire l'homme vigoureux surtout, lorsqu'il est tombé dans l'hystéro-neurasthénie, n'en sort pas facilement,..... quand il en sort » (Charcot). Cette forme de *neurasthénie mâle* est, pour le pronostic, absolument comparable à l'hystérie mâle.

Telles sont les diversités du pronostic de la neurasthénie considérée en elle-même selon sa durée et ses principales formes : d'autre part ces données générales du pronostic d'ensemble de la maladie peuvent être modifiées au cours de son évolution : on peut en effet se rendre compte ordinairement de l'allure que prendront les choses en étudiant la marche d'un des phénomènes importants : nous avons eu souvent l'occasion de le faire remarquer, quand un symptôme, comme l'insomnie, la céphalée, voir même l'asthéno-

pie neurasthénique s'améliore d'une manière durable, on peut, malgré certaines apparences plus ou moins contraires, pronostiquer une amélioration correspondante de l'état général.

Conséquences de la neurasthénie. La maladie de Beard ne comporte pas seulement d'appréciation pronostique pour elle-même et pour l'individu qu'elle atteint, elle en comporte également pour les désordres ou maladies qu'elle peut entraîner à sa suite non seulement dans l'individu, mais encore dans sa descendance.

La neurasthénie peut, selon Beard, ouvrir la porte à toute une série de désordres nerveux : la chose n'est nullement nécessaire, ajoute-t-il, la maladie « peut ne jamais se dépasser elle-même » ; mais si elle est négligée ou mal soignée, elle facilite le développement de certains troubles névropathiques, dont elle devient alors une des causes immédiates les plus fréquentes.

La *vésanie et la mélancolie* seraient une des conséquences assez ordinaires de l'épuisement nerveux longtemps prolongé : « beaucoup des mélancoliques qui entrent dans les asiles ont passé par un long stage de neurasthénie, avant d'en arriver aux troubles permanents de la psychose ». C'est chez la femme surtout, chez la mère de famille qui fait des attaques successives de neurasthénie à la suite de grossesses ou de lactations répétées, que cet accident serait le plus menaçant.

L'hystérie et l'hystéro-épilepsie qui compliquent assez fréquemment la neurasthénie ne sont cependant pas les aboutissants naturels et communs de l'épuise-

ment nerveux accidentel même prolongé : elles ne s'y ajoutent qu'en raison d'une prédisposition héréditaire, « d'une débilité mentale congénitale ». Les hystériques sont plutôt des faibles d'esprit que des épuisés par surmenage : Beard avait en grande partie raison d'établir cette nuance, mais il ne connaissait pas encore l'importance du complexus hystéro-neurasthénique, mis au jour par M. Charcot, et sa fréquence dans certaines conditions étiologiques de l'épuisement nerveux. Il n'en avait pas moins justement observé que la neurasthénie commune simple ne menace pas habituellement d'aboutir à l'hystérie.

En revanche, voici deux menaces directes et graves de la neurasthénie : c'est la dipsomanie et la morphinomanie conduisant à l'alcoolisme et au morphinisme. Le neurasthénique fatigué recourt volontiers aux stimulants pour relever ses forces et soutenir son énergie défaillante ; un autre recourra de même à l'opium pour calmer ses douleurs et engourdir sa désespérance : nous avons déjà décrit ces phénomènes. Et c'est comme cela que l'habitude du toxique s'acquiert et que les accidents alcooliques et morphiniques menacent d'aggraver très sérieusement le pronostic de l'état neurasthénique.

Enfin Beard va beaucoup plus loin : on sait qu'il explique la plupart des phénomènes neurasthéniques par des troubles de la circulation, par des désordres vaso-moteurs : or la répétition de ces troubles passagers, pendant une longue durée du processus, ne peut-elle pas aboutir à la constitution définitive de lésions vasculaires ? Et ces lésions vasculaires n'entraînent-elles pas d'autres lésions organiques corres-

pondantes, dans les territoires où elles se produisent? C'est ainsi que, selon l'auteur américain, la neurasthénie pourrait à la longue aboutir à de véritables lésions permanentes ; c'est ainsi que, d'après lui, certaines congestions du rein, simplement neurasthéniques au début, pourraient aboutir par leur répétition et leur durée à un véritable état congestif permanent, à une véritable forme du mal de Bright. Mais il faut bien reconnaître que ces considérations pronostiques rentrent plus dans la théorie que dans l'observation clinique courante de la maladie de Beard.

Enfin et c'est là un des côtés importants de la question pronostique, la neurasthénie comporte des conséquences héréditaires, d'autant plus utiles à connaître, qu'elles ne sont pas fatales et peuvent, dans certains cas, être évitées.

La neurasthénie est évidemment à la tête de toute la série neuropathologique ; c'est la véritable mère de toute la famille névropathique ! mais pour être mère, il faut en avoir l'âge et les moyens : il faut donc ordinairement une neurasthénie assez corsée ou d'assez vieille date dans l'individu ou la famille, pour entraîner à sa suite une descendance héréditaire. La neurasthénie bénigne simple ne comporte vraisemblablement pas un tel danger : encore nous paraît-il prudent que la procréation soit évitée au cours des accidents neurasthéniques : il suffit de se rappeler le rôle que joue dans la lignée un simple accident alcoolique passager, pour redouter les mêmes méfaits de la part d'une simple neurasthénie accidentelle.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir qu'en général le pronostic de la neurasthénie simple n'est pas grave, si elle est surtout traitée dès le début : mais il faut d'abord qu'elle soit reconnue et distinguée de certaines affections qui peuvent la simuler et ne comportent nullement la même thérapeutique. Le pronostic et le traitement sont dans le diagnostic : le diagnostic fait, dit Beard, c'est la moitié de la partie gagnée.

Or il n'est pas toujours facile à établir : les malades compliquent eux-mêmes les difficultés, en raison de leur état d'esprit spécial qui leur fait aggraver les choses, attacher beaucoup trop d'importance à un seul symptôme et au besoin le défigurer : d'autre part, ils ne se prêtent pas volontiers à l'examen qui repose presque tout entier dans un long et minutieux interrogatoire : ils sont irritables et ennuyés de souffrir, ils ne demandent qu'une chose, être soulagés ; mais ils ne comprennent pas souvent qu'on les harcèle de questions, pour satisfaire une curiosité qu'ils croient purement scientifique et qui est tout entière à leur dévotion.

Inversement, un certain nombre de médecins qui

ne connaissent pas encore toute la valeur clinique, toute l'importance et la fréquence de la maladie de Beard, n'attachent pas toujours un grand intérêt aux récits, aux doléances souvent innombrables de ce genre de malades qui se présentent à leur consultation avec un mémoire détaillé de leurs malaises divers : ils les prennent trop volontiers pour de simples détraqués, souffrant de maux fantaisistes et plus imaginaires que réels ; ils ne trouvent aucun lien, aucun ordre classique dans ce chaos de phénomènes que leurs clients exposent pêle-mêle et sans méthode : ils instituent dès lors une thérapeutique insignifiante et la maladie s'aggrave jusqu'au jour où les symptômes seront assez sérieux pour attirer de nouveau l'attention.

Enfin les difficultés les plus sérieuses du diagnostic résident dans la maladie elle-même, en raison des ressemblances qu'elle peut offrir avec un certain nombre d'autres maladies. Ces ressemblances portent tantôt sur l'un ou plusieurs de ses symptômes, tantôt sur l'évolution générale et l'ensemble du processus neurasthénique.

C'est ainsi que la céphalée, les vertiges, la dyspepsie, l'état mental, l'angine de poitrine, les douleurs fulgurantes, les parésies, le tremblement, etc., peuvent faire penser à des céphalées, des vertiges, des troubles dyspeptiques, psychiques et circulatoires d'une toute autre signification et appartenant à d'autres affections : nous ferons d'abord le diagnostic différentiel de ces symptômes.

A. Diagnostic symptomatique de la neurasthénie.

1. *Céphalée neurasthénique* et *céphalée des adolescents, céphalée syphilitique, hystérique, urémique, céphalée des tumeurs cérébrales.* Les bases de ce diagnostic ont été très bien exposées dans la thèse de M. Lafosse, dont nous empruntons les principales idées. Nous avons suffisamment exposé les caractères de la céphalée neurasthénique et leur importance dans la situation, pour ne pas être obligés d'y revenir : nous ne ferons que signaler les caractères différentiels des autres céphalées avec lesquelles on pourrait la confondre.

« La céphalée neurasthénique, dit M. Lafosse, ne saurait être confondue avec une *névralgie*, que caractérise toujours la localisation de la douleur à un trajet nerveux et sa grande intensité, ni avec une *migraine* qui est presque constamment unilatérale et s'accompagne de vomissements : l'apyrexie la distingue d'autre part de toutes les *céphalalgies des affections fébriles* ».

La *céphalée des adolescents* qui résulte souvent du surmenage ou de la croissance est ordinairement un désordre monosymptomatique : elle occupe de préférence le front, alors que la plaque occipitale est presque la règle dans la neurasthénie ; enfin le neurasthénique a son casque plus ou moins douloureux, mais il a des périodes de repos, tandis que les enfants à céphalée ont presque constamment mal à la tête : d'ailleurs le repos, l'exercice à la campagne et la suspension du travail intellectuel suffisent à calmer et faire disparaître la céphalée des adolescents.

« Les *maux de tête des syphilitiques*, si complètement étudiés dans les ouvrages de M. Fournier, sont de deux ordres : les uns appartiennent à la période secondaire et ne correspondent à aucune lésion anatomique; les autres sont de la période tertiaire et annoncent le début d'une syphilisation cérébrale ». Ceux-ci surtout sont importants à reconnaître pour le traitement : il vaut mieux courir le risque de prendre pour syphilitique une céphalée neurasthénique, que celui de négliger une céphalée syphilitique qu'on croirait être neurasthénique. En pareil cas un peu trop de mercure ou d'iodure vaudrait mieux que pas assez.

Mais il est souvent possible de faire le diagnostic : un des principaux caractères des céphalées syphilitiques c'est leur aggravation le soir et leurs exacerbations nocturnes : il est commun aux formes secondaire et tertiaire.

La céphalée secondaire qui offre des degrés variés d'intensité et qui dans les cas légers peut reproduire les simples sensations de pesanteur, de vide ou d'étau, donne lieu d'ordinaire à des douleurs beaucoup plus aiguës et quelquefois atroces : elle affecte en outre souvent l'allure intermittente périodique ou continue avec exaspérations vespérales et nocturnes.

La céphalée tertiaire est également gravative et assez intense : elle se localise assez nettement et souvent d'un seul côté dans la région fronto-pariétale; elle donne parfois « la sensation térébrante d'un clou enfoncé dans la tête; et dans ce cas, comme le fait remarquer M. Charcot, c'est de ce point que partent les irradiations douloureuses accusées par les malades

au moment des paroxysmes » qui sont également vespéraux ou nocturnes.

En somme l'intensité habituelle et la violence parfois extraordinaire de la douleur, les exacerbations de la nuit, et mieux encore l'efficacité du traitement spécifique sont des signes suffisants pour différencier les céphalées syphilitiques de la céphalée neurasthénique.

Il y a cependant des états nerveux de la période secondaire, une sorte de « *nervosisme secondaire* » avec céphalée simplement gravative, impotence intellectuelle, étourdissements et vertiges, asthénie musculaire et irritabilité générale qui permettent l'hésitation sur la nature même de ces accidents : seule l'étude des antécédents et de l'évolution clinique peut faciliter ce diagnostic difficile.

La *céphalée hystérique* peut dans quelques cas présenter les caractères du mal de tête syphilitique : c'est d'ailleurs la seule céphalée qui présente le phénomène de l'exacerbation vespérale, qu'on a cru longtemps spécial à la syphilis ; mais, la céphalée hystérique s'accompagne presque toujours de vertiges qui ne sont autres que les avortons d'attaque que nous avons décrits : elle a d'ailleurs rarement la forme plus gênante que douloureuse de la céphalée neurasthénique.

La *céphalée urémique*, qui est un des symptômes prodromiques de l'urémie, s'accompagne souvent d'état vertigineux ; mais elle procède d'habitude par accès intermittents durant de quelques heures à quelques jours et ces accès ont d'ordinaire une intensité douloureuse qui permet de les reconnaître : d'autres

fois elle affecte le type continu avec sensation de pesanteur et d'étau : mais même dans ces cas, l'étau est tellement douloureux, la constriction tellement pénible que le malade évite de remuer la tête et présente « le masque immobile et l'air anxieux » vraiment caractéristiques.

La *céphalée des tumeurs de l'encéphale* même lorsqu'elle siège dans la région occipitale (tumeurs cérébelleuses) se reconnaît encore à l'intensité de ses douleurs : puis elle marche habituellement par accès qui s'accompagnent un jour ou l'autre de vomissements et d'engourdissements parétiques : enfin elle prédomine ordinairement en un point circonscrit et la percussion du crâne à ce niveau est assez particulièrement douloureuse pour qu'on en ait fait un signe de l'existence de ces tumeurs.

2. Le *vertige neurasthénique* présente souvent de grandes analogies avec le *vertige de Ménière*, surtout quand l'épuisement nerveux donne lieu à des troubles fonctionnels de l'ouïe, tels que bourdonnements et sifflements d'oreille. Mais il est rare qu'il s'accompagne d'entraînements et d'impulsions aussi brutalement violentes que dans la maladie de Ménière ; il est très rare que les neurasthéniques tombent à terre. C'est seulement dans le *vertigo ab aure læsa*, « que les malades ont la sensation horrible que la terre s'entr'ouvre et qu'ils descendent soudain dans les dessous, comme à travers une trappe de théâtre » (Charcot). Puis dans l'intervalle des accès vertigineux de Ménière, en dehors des phénomènes locaux de l'oreille, la rémission des accidents nerveux est ordinairement complète, tandis que le processus neuras-

thénique continue de sévir et d'évoluer dans l'intervalle des accès vertigineux qu'il produit. Néanmoins il est des cas où le diagnostic de l'élément vertigineux est difficile quand on observe l'état neurasthénique chez un sujet atteint d'une maladie de l'appareil auditif, analogue à celles qu'on rencontre dans les cas de Ménière.

3. Les *troubles dyspeptiques* sont si fréquents et quelquefois si accusés dans la neurasthénie qu'ils paraissent dominer la scène pathologique : les malades et le médecin lui-même peuvent les considérer comme absolument indépendants et primitifs et les prendre pour le simple résultat d'une affection primordiale des voies digestives. Leur aspect clinique spécial (dyspepsie flatulente) dans l'épuisement nerveux est cependant assez typique dans la plupart des cas ; mais c'est surtout leur coïncidence avec les autres symptômes, leur évolution parallèle au processus général de la neurasthénie qui permettent d'éviter une erreur grossière et funeste. Si l'on prend en effet ces troubles digestifs pour le simple résultat d'une maladie locale de l'estomac, on s'attarde en un traitement médicamenteux ou diététique qui n'aboutit à aucune amélioration : on s'expose en outre à imposer une thérapeutique plus active (lavage, médication alcaline, etc.) qui peut même aggraver la situation. Il est donc important au début surtout d'éviter cette erreur d'interprétation : plus tard elle devient plus facile et comporte moins d'inconvénient en raison du développement possible de la dilatation et de véritables lésions gastro-intestinales.

Est-il nécessaire de pratiquer le sondage et l'exa-

men chimique rigoureux du suc gastrique pour asseoir le diagnostic de la dyspepsie neurasthénique? Est-il nécessaire de recourir au procédé de Leube et autres pour reconnaître et apprécier l'intensité de l'atonie gastrique? Assurément non, dans les 9/10e des cas : ces procédés de laboratoire seraient alors de nouvelles tortures bien inutiles. Les résultats seraient en outre peu concluants en raison de leur variabilité : d'autre part l'analyse chimique dénoterait tout au plus un certain degré d'hypopepsie par hypochlorhydrie et la thérapeutique rationnelle qu'on pourrait déduire de ces renseignements chimiques serait tout aussi inefficace si elle était seule utilisée.

On peut en général distinguer la dyspepsie nerveuse des autres dyspepsies dues à des lésions organiques, aux caractères que voici : *a.* dans la dypepsie nerveuse les malades sont ordinairement soulagés par le repas : ils souffrent de leur estomac et leur état d'épuisement est plus accusé pendant les périodes où ils sont à jeun ; *b.* les troubles dyspeptiques sont ici très variables et capricieux, allant et venant, s'aggravant et s'améliorant d'un jour à l'autre et sans cause appréciable, débutant quelquefois brusquement à la suite du surmenage et sans aucune préparation, ni prédisposition particulière à la dyspepsie vulgaire ; *c.* dans le cas présent, ces troubles gastriques coïncident d'une manière si évidente avec les autres troubles nerveux, s'atténuant ou s'accentuant parallèlement à ceux-ci et sous les mêmes influences, ou bien alternant avec quelques-uns d'entre eux d'une manière si précise, que la confusion est le plus souvent difficile ; *d.* enfin le traitement général de la neurasthénie est le seul

qui donne des résultats efficaces contre cette forme spéciale de la dyspepsie. Beard signale un fait thérapeutique intéressant: c'est que les bromures et en général les médicaments calmants ont la propriété d'améliorer les troubles gastriques neurasthéniques, alors qu'ils aggraveraient plutôt les autres genres de dyspepsie flatulente par lésion organique. Enfin les vomissements sont ici très rares et les autres signes des affections inflammatoires du tube digestif font ordinairement défaut.

4. *Troubles circulatoires et angine de poitrine.* Si les troubles digestifs de la neurasthénie peuvent faire croire à une affection des voies digestives, certains troubles circulatoires sont tellement prédominants et pénibles, que les malades toujours et le médecin quelquefois, ont l'impression d'une réelle affection des voies circulatoires. Il est vrai que le plus souvent l'auscultation suffira à lever tous les doutes.

Mais il est un de ces accidents dont l'acuité et la ressemblance avec d'autres beaucoup plus graves peuvent inspirer de réelles inquiétudes : c'est la crise d'angor pectoris. L'angine de poitrine neurasthénique n'est qu'une pseudo-angine, qu'une simple névralgie et par suite beaucoup moins grave que la véritable angine avec lésions cardio-vasculaires : elle n'a que l'apparence de la gravité ; mais souvent cette apparence dépasse même la réalité et c'est ce qui trahit sa véritable nature. L'angine de poitrine vraie, dit Huchard qui a très bien étudié cette question, est plus simple dans ses allures, moins variable dans ses manifestations, et ne présente pas ce cortège de désordres névropathiques qui accompagnent l'angine neu-

rasthénique ou qui alternent avec elle. Dans la cardialgie neurasthénique, les douleurs également très vives sont toutefois moins franchement paroxystiques ; elles sont *souvent périodiques,* survenant à la même heure, *sans être provoquées ni par la marche, ni par l'effort,* mais plutôt par l'action du froid. La douleur parfois permanente ne se calme ni ne s'arrête sous l'influence du repos : l'angoisse, bien que très pénible, est généralement moins violente : elle est en outre presque constamment associée à la douleur, alors que dans l'angine vraie on observe des crises d'angoisse sans cardialgie manifeste. Enfin on peut, dans la neurasthénie, constater l'existence de points névralgiques douloureux à la pression sur le trajet des nerfs phréniques, car les nerfs neurasthéniques sont, en général douloureux à la pression : le caractère de non-mortalité de la pseudo-angine est plutôt d'ordre pronostique : il serait en effet trop tard pour faire le diagnostic d'après ce caractère.

5. *Douleurs fulgurantes et Pseudo-tabes neurasthénique.* L'existence de véritables douleurs en éclair dans les membres inférieurs, mais surtout leur coïncidence avec quelques troubles de la sensibilité (engourdissements des doigts), avec une démarche désordonnée et des crises gastriques, donnent parfois à la neurasthénie des apparences tabétiques qui peuvent rendre le diagnostic embarrassant. M. Bloch, qui a fait une très intéressante étude des *pseudo-tabes,* fait observer que ces apparences se développent surtout chez des névropathes ayant assisté à l'évolution d'un tabes véritable chez un de leurs amis ou de leurs parents et qui, plus ou moins neurasthéniés, mais

très suggestifs, reproduisent par auto-suggestion les principaux symptômes de l'ataxie. Quoi qu'il en soit de ces cas particuliers, on peut assurément rencontrer de simples neurasthéniques ayant des douleurs fulgurantes, avec état vertigineux et poussées dyspeptiques aiguës simulant les crises gastriques du tabes. Or, chez ces neurasthéniques, les réflexes du genou sont ordinairement conservés ; ils ne disparaissent ou du moins ne s'affaiblissent que dans les parésies neurasthéniques des formes graves ou chroniques ; les troubles pupillaires essentiellement mobiles et inconstants de la maladie de Beard, n'ont pas la fixité qu'on leur trouve dans la maladie de Duchenne ; la démarche n'est pas vraiment ataxique mais plutôt vertigineuse ; enfin les crises gastriques, s'il s'en produit, ne sont que des exagérations de l'état dyspeptique habituel, alors que le tabétique n'est pas ordinairement dyspeptique dans l'intervalle de ses crises : quant aux douleurs fulgurantes elles n'ont pas ici l'acuité, l'intensité et l'étendue des vraies douleurs du tabes et elles ne s'accompagnent pas le plus souvent de l'hyperesthésie douloureuse de la peau qu'on observe chez l'ataxique au niveau de la région où se produisent les douleurs.

D'autre part, ces simulacres neurasthéniques du tabes sont rarement aussi complets : le plus souvent il ne s'agit que de simples douleurs fulgurantes avec plaque lombo-sacrée qui peuvent faire craindre le début d'une myélite, quand il y a surtout un certain degré de parésie amyosthénique dans les membres inférieurs. Le fait s'observe quelquefois chez les étudiants que les surmenages divers du début de leurs

études neurasthénisent passagèrement : s'il leur arrive alors d'avoir mal aux reins et d'éprouver quelques douleurs en éclair, pour peu qu'ils aient déjà entendu parler de tabes et qu'ils en connaissent les premiers symptômes, ils s'imaginent volontiers que leur moelle est menacée. Or, en dehors de leurs caractères spéciaux, ces phénomènes tabétiformes de la neurasthénie s'accompagnent de céphalée, d'accès vertigineux, d'impuissance intellectuelle, de troubles dyspeptiques permanents et de conservation des réflexes qui suffisent à démontrer leur véritable nature.

6. *L'hypocondrie et l'état mental des neurasthéniques* peuvent-ils être poussés assez loin pour donner l'impression d'une véritable psychose ? Ordinairement et dans les formes simples de la maladie de Beard, une telle erreur est impossible. Les préoccupations hypocondriaques de l'épuisement nerveux n'ont pas la fixité, la ténacité, l'inconscience, et la fatalité systématique des formes vésaniques de l'hypocondrie. Le neurasthénique s'inquiète, mais il a quelques raisons de s'inquiéter : il se croit atteint d'une maladie organique et grave du cœur, de l'estomac ou du cerveau, mais il éprouve des symptômes correspondants et le médecin est quelquefois lui-même inquiet et indécis sur leur nature. Enfin l'hypochondrie neurasthénique est très accessible aux encouragements et aux espérances, de même qu'aux craintes exagérées de l'entourage : elle ne se cantonne pas en elle-même, dans un système invariable d'idées fixes et obsédantes. Mais dans certains cas chroniques ou chez certains malades héréditaires, la forme vésanique peut succéder à la forme neurasthénique, graduellement

par une série d'états psychopathiques où le diagnostic précis peut être difficile.

7. *Les états d'anxiété ou phobies* qu'on observe parfois dans la neurasthénie commune n'ont pas d'habitude le caractère angoissant qu'on rencontre dans les véritables crises des phobies héréditaires : Beard les a justement appelés des « peurs morbides » c'est-à-dire exagérées : mais elles n'ont pas la gravité et la signification d'un état psychosique proprement dit. Les vraies phobies de cet ordre s'accompagnent d'autres manifestations psychopathiques telles que certaines manies, certains tics et plus particulièrement le délire du toucher, qui les caractérisent et les distinguent des simples aboulies et phobies neurasthéniques.

En tous cas la constatation de ces phénomènes névro ou psychopathiques est d'un grand intérêt pour le diagnostic du processus général neurasthénique d'avec les maladies organiques du système nerveux ou des autres appareils touchés par l'épuisement nerveux : car ces états phobiques sont presque le privilège exclusif des désordres fonctionnels et par suite leur présence peut aider à éliminer l'hypothèse d'une affection organique.

B. Diagnostic nosographique de la neurasthénie.

C'est en effet un élément très important du diagnostic de la neurasthénie que de la séparer des maladies organiques avec lésion anatomique, dont elle peut revêtir quelques apparences. Nous venons déjà de voir comment la forme ou la prédominance d'un ou de plusieurs symptômes pouvaient donner le

change et faire redouter tantôt une maladie organique du cerveau (syphilis ou tumeur), tantôt une affection inflammatoire des voies digestives, tantôt une altération grave du système vasculaire ou de la moelle, tantôt enfin une manifestation vésanique plus ou moins héréditaire. Dans ces cas, malgré la plus grande similitude des phénomènes, c'est la concomitance des autres symptômes et la marche générale de la maladie qui sert le plus au diagnostic. Mais dans d'autres cas, c'est précisément la marche et l'état général de la névrose neurasthénique qui peuvent égarer les recherches et faire craindre tantôt le début de certaines maladies organiques du système nerveux, telles que la paralysie générale ou la syphilis cérébrale, tantôt l'hystérie, tantôt le rhumatisme ou l'anémie, tantôt enfin l'alcoolisme plus ou moins dissimulé.

Maladies organiques. En principe il vaudrait mieux craindre d'être en présence d'une maladie organique et en être quitte pour une neurasthénie, que de déclarer curable une neurasthénie qui conduirait à l'hémiplégie syphilitique ou à la folie paralytique : toutefois il est toujours fâcheux d'avoir porté un pronostic sombre d'aggravation ou d'incurabilité en présence d'une maladie que la simple hygiène peut quelquefois améliorer.

En général d'ailleurs, on a plutôt cette tendance à voir en noir et à prendre pour des symptômes d'une affection organique plus ou moins grave, les phénomènes ordinaires de la neurasthénie. En présence des vertiges avec diminution de la mémoire, irritabilité et tristesse du caractère, quelquefois compliqués d'une certaine difficulté de la parole par oubli des mots, et

presque toujours associés à un affaiblissement musculaire général qui peut paraître progressif, on pourra être tenté de porter un pronostic d'avenir inquiétant et de redouter le *début d'une paralysie générale.* Nous avons vu de même comment la céphalée accompagnée de préocupations hypocondriaques et d'amyosthénie pouvait faire penser aux *débuts d'une syphilis cérébrale.* Certaines formes de la myélasthénie avec parésie des membres inférieurs, douleurs fulgurantes, plaque lombo-sacrée, donneront l'illusion d'une *affection lésionnelle de la moelle épinière.* De même la concomitance des désordres dyspeptiques avec un amaigrissement progressif et quelquefois le teint livide de la peau et des muqueuses feront croire à une *altération grave des organes digestifs.* De même enfin les palpitations avec émotivité, bruit de souffle carotidien et surtout avec les accès de cardialgie détourneront l'attention de l'état général concomitant et feront rechercher une *lésion du système cardio-vasculaire.*

Or il suffira, pour éliminer l'hypothèse d'une maladie organique quelconque, d'étudier minutieusement les phénomènes stigmatiques qu'on rencontre dans la neurasthénie et surtout la marche essentiellement variable, mobile et inconstante du processus nerveux général. On trouvera alors des phénomènes isolés qui ne cadrent nullement avec la maladie organique tant redoutée : la dyspepsie et la céphalée avec l'angine de poitrine, la perte de mémoire et l'insomnie aux rêves spéciaux avec la dyspepsie, et surtout les états phobiques, plus ou moins dessinés, avec les douleurs fulgurantes : il y a en effet, dit Beard, des

phénomènes neurasthéniques spéciaux qui n'appartiennent nullement aux états organiques : tels sont, par exemple, les hyperesthésies du cuir chevelu, des dents et des gencives, les appétits immodérés pour les stimulants, etc., etc. Mais ce qu'il faut surtout envisager c'est la mobilité et la fragilité des manifestations neurasthéniques : un bel exemple est celui des désordres pupillaires de l'épuisement nerveux, comparés à ceux qu'on peut observer dans les maladies organiques : ici, les phénomènes sont fixes, permanents ou bien évoluent dans un ordre précis déterminé d'avance, alors que là, dans la neurasthénie, ils suivent une allure essentiellement capricieuse et présentent souvent le caractère « transitoire, métastatique ou récurrent ».

Enfin un excellent signe peut être pris dans l'examen de la reflectivité générale qui est ordinairement diminuée dans les maladies organiques graves, alors qu'elle est le plus souvent conservée et même exagérée dans les maladies fonctionnelles, comme la neurasthénie. On a déjà vu que dans le pseudo-tabes neurasthénique, le réflexe patellaire est conservé, contrairement à la loi qui régit ce « signe du genou » dans l'ataxie locomotrice.

Beard ajoute en outre que la neurasthénie se développe presque exclusivement chez les individus de tempérament nerveux qui présentent certains attributs de peau blanche, de conformance fine et délicate propres aux névropathes, tandis que les maladies organiques ne choisissent pas spécialement leurs victimes dans cette catégorie d'individus : ce dernier caractère serait vraiment insuffisant s'il devait entrer

seul en compte pour juger la question ; car nous avons vu que la neurasthénie frappe un peu dans toutes les classes et dans tous les milieux où les types à peau blanche et cheveux soyeux ne constituent pas la majorité.

Mais il faut penser, en présence de cette double hypothèse d'une affection organique ou neurasthénique, que l'association de deux maladies est toujours possible, qu'on peut donc rencontrer la neurasthénie chez un sujet frappé d'une maladie organique donnant lieu à certains phénomènes analogues, et que d'autre part la neurasthénie préalable n'empêche pas une lésion organique de se développer à côté d'elle : ce diagnostic en double est de la plus grande importance pour la thérapeutique.

2. *Hystérie.* Est-il vraiment possible de confondre l'hystérie et la neurasthénie, aujourd'hui qu'on connaît si bien les stigmates précis qui les caractérisent individuellement ? Est-ce une raison parce qu'elles peuvent se combiner ou plutôt s'associer en un type que M. Charcot a décrit sous le nom d'hystéro-neurasthénie pour qu'on ne puisse faire la part de ce qui appartient à l'une et à l'autre ? Exactement, ce sera peut-être difficile dans quelques cas ; il est certains troubles de la sensibilité et même de la motilité qui peuvent être communs aux deux névroses. Mais rencontrera-t-on jamais, dans la neurasthénie, les anesthésies ou hemianesthésies nettement localisées et absolument complètes, les contractures et les paralysies flasques, les attaques, même avortées, qui spécifient l'hystérie. Les rêves eux-mêmes et l'état mental sont très distincts dans les deux cas : à la neurasthénie les

rêves professionnels ou dramatiques qui rappellent l'accident, à l'hystérie les rêves fantastiques d'animaux bizarres : à l'hystérie l'aboulie avec impulsivité, à la neurasthénie l'aboulie dépressive avec abattement. Et les zones hystérogènes, les anesthésies sensorielles se rencontrent-elles dans la maladie de Beard où l'on trouve au contraire la céphalée en casque et la dyspepsie flatulente. Enfin, il est possible quand les deux névroses doivent s'associer qu'il y ait un moment où l'on ne sache pas si la participation hystérique est définitive : mais il devient bientôt facile de reconnaître les stigmates hystériques à côté et jamais confondus avec les stigmates neurasthéniques.

3. *Anémie*. Contrairement à l'opinion de beaucoup de gens et de quelques auteurs, la neurasthénie n'est pas fatalement liée à l'anémie : « l'appauvrissement du sang et l'épuisement des nerfs sont loin d'être identiques » (Beard).

La neurasthénie ne s'accompagne pas nécessairement d'une diminution des globules, et on peut être pléthorique en même temps que neurasthénique. L'anémie peut d'ailleurs s'observer à tous les âges de la vie, et se développe, en général, soit spontanément, soit à l'occasion d'une maladie organique plus ou moins grave : on sait que la maladie de Beard, due au surmenage, ne se développe qu'aux âges où le surmenage est possible. D'ailleurs, l'anémie se traduit par de la pâleur des tissus, des troubles circulatoires avec bruits de souffle cardiaques et carotidiens qu'on n'observe pas dans la neurasthénie. Enfin, les anémiques se fatiguent à l'occasion de tout exercice musculaire, mais peuvent supporter le travail mental ;

à moins qu'il ne s'agisse de myélasthénie grave, le travail musculaire reste possible, alors que tout travail intellectuel est impossible aux cérébrasthéniques.

Tels sont, d'après Beard, les caractères spéciaux qui permettent de séparer les deux maladies; mais il faut se rappeler que la persistance de l'épuisement nerveux peut conduire, par débilitation et inanitiation générale, aux complications d'une véritable anémie neurasthénique.

4. *Alcoolisme.* Il est certains malades dont on ignore les habitudes et la condition sociale, et qui se présentent en consultation accusant une certaine émotivité avec tremblement, des rêves pénibles, des engourdissements et fourmillements des extrémités avec parésie des membres inférieurs, le tout compliqué de troubles gastriques, et qui peuvent éveiller l'idée d'un alcoolisme plus ou moins dissimulé. Si le malade est défiant et ne répond qu'avec embarras aux investigations du médecin, le soupçon peut encore s'accentuer dans cette voie. Or, il est ordinairement facile, en remontant aux causes, en étudiant bien les symptômes, en constatant l'absence du catarrhe pituiteux des alcooliques et la présence de la céphalée et de l'affaissement psychique, de reconstituer la scène neurasthénique tout entière. Mais il est bon de penser que la maladie de Beard constitue une réelle prédisposition à l'alcoolisme, et par suite de pousser l'analyse et l'investigation aussi loin que possible, afin de démêler si l'intoxication ne s'associe pas à l'épuisement.

Rhumatisme. Ce n'est peut-être pas un fait très commun, que d'observer une neurasthénie ayant

l'apparence d'une manifestation rhumatismale; mais c'est une erreur d'interprétation, encore assez commune, que de considérer comme purement rhumatismaux des phénomènes purement neurasthéniques. C'est ainsi, nous l'avons déjà dit, qu'on peut prendre et traiter pour du rhumatisme certains accidents dyspeptiques accompagnés de douleurs vagues dans le dos, avec craquements articulaires dans la région cervicale et douleurs rhumatoïdes dans les petites jointures des mains et des pieds. Il est d'ailleurs certain qu'un tel tableau clinique prête à l'hésitation, s'il ne peut toujours conduire à l'erreur.

Et l'erreur est encore facilitée par ce fait qu'on peut rencontrer l'hérédité arthritique chez des neurasthéniques de cette allure. Car, tout le monde le reconnaît aujourd'hui, nervosisme et arthritisme sont cousins germains; ce sont deux branches d'un même tronc.

Ce n'est pas cependant qu'en face d'une neurasthénie acquise par les procédés ordinaires, il faille nécessairement admettre, avec M. Huchard, que « toute neurasthénie est certainement d'origine rhumatismale. » La fatalité de l'hérédité, qui vient d'être, plus littérairement que scientifiquement, contestée par un de nos meilleurs dramaturges, n'est pas, dans l'espèce, absolument admissible: toute neurasthénie n'est pas nécessairement « une névrose arthritique. » Et il peut être important de faire le diagnostic de la neurasthénie et du rhumatisme, car le même traitement ne réussit pas également à ces deux manifestations diverses d'une hérédité analogue, mais non entièrement identique. L'isolement ne suf-

firait vraisemblablement pas à guérir l'arthritisme et les médications antirhumatismales ne font pas toujours l'affaire des phénomènes apparemment arthritiques de la neurasthénie.

CHAPITRE X

HYGIÈNE
ET THÉRAPEUTIQUE DE LA NEURASTHÉNIE

L'étude détaillée que nous avons faite des causes qui aboutissent à l'épuisement nerveux permet de croire qu'une prudente et bonne *hygiène préventive* peut, en diminuant ou supprimant les causes, empêcher la neurasthénie de se développer chez un prédisposé ou enrayer sa marche dès l'apparition des premières atteintes du mal.

Il serait trop long d'exposer ici les règles de cette prophylaxie : elle consiste en principe à diminuer ou supprimer toutes les causes d'excitation qui sont autant de causes d'épuisement.

Suspendre momentanément les travaux intellectuels ou autres occupations professionnelles ; supprimer les veilles et les excès de fatigue ; éviter les émotions morales pénibles ou trop excitantes ; fuir les réunions bruyantes, les plaisirs énervants ; pratiquer le séjour

à la campagne loin du bruit et des mille excitations de la ville ; remplacer chez les uns les préoccupations et travaux de l'esprit par l'exercice musculaire, chez les autres distraire le repos musculaire par des lectures ou autres travaux assis, exigeant peu d'attention; prendre quelques douches hygiéniques et même de simples bains tièdes répétés; s'abstenir d'une nourriture trop excitante, varier les aliments, mettre en pratique les préceptes les plus ordinaires de l'hygiène de la table (régularité, sobriété, variété et simplicité dans les repas) ; laisser de côté le vin pur et toute boisson alcoolique ou stimulante ; en un mot se reposer, c'est-à-dire, manger, boire et dormir, sans se préoccuper, et selon les lois de la plus élémentaire hygiène ; telles sont les grandes lignes de la méthode prophylactique à utiliser contre l'apparition ou l'aggravation des accidents neurasthéniques.

Ces simples précautions hygiéniques peuvent suffire, dans un certain nombre de cas récents et peu graves, à enrayer le mal et faire disparaître les premiers symptômes (1).

Mais le plus souvent, on ne prend pas la peine de s'arrêter et de se soigner pour si peu : on résiste aussi longtemps qu'on peut et comme, en somme, la neurasthénie est une affection qui peut longtemps » se porter debout » et que, d'autre part, elle offre de nombreuses rémittences et périodes de repos sponta-

---

(1) On trouvera la description détaillée de ces préceptes hygiéniques dans un petit livre de vulgarisation que nous publions chez M. Alcan sous le titre « Hygiène des gens nerveux, » 1 vol. in-12. 1891.

nées dans son évolution, il est d'habitude qu'on la laisse se développer jusqu'à ce qu'elle ait acquis une certaine gravité, qui nécessite alors l'intervention de réels moyens thérapeutiques.

Les Traitements de la Neurasthénie.

Les *divers traitements proposés et essayés contre la Neurasthénie* sont nombreux et très variés : il faudrait un nouveau volume pour les exposer tous en détail. Nous ne nous y arrêterons pas longtemps, attendu qu'un de nos anciens maîtres, qui nous honore maintenant de son amitié, M. le docteur Vigouroux, a bien voulu joindre à notre étude une notice détaillée et très intéressante sur les divers procédés thérapeutiques utilisés contre la neurasthénie. Ce travail a toute la valeur d'un sens critique depuis longtemps apprécié du public médical, en même temps que d'une longue et multiple expérience. La situation de M. Vigouroux qui a fondé et dirigé, depuis sa création, le service électrothérapique de la Salpêtrière, lui a permis de voir et traiter de nombreux cas de neurasthénie et d'apprécier ainsi les diverses méthodes de traitement mises en usage. Nous ne ferons donc qu'énumérer et décrire assez rapidement ces méthodes, laissant à la plume autorisée de M. Vigouroux le soin d'en faire la critique et d'en exposer les plus importantes indications et les principaux résultats.

On peut diviser ces méthodes en quatre catégories principales : 1° *méthode médicamenteuse*, la première en date ; 2° *méthodes hygiéniques et physiques* (traitement de Playfair et Weir Mitchell et

traitement de Vigouroux) ; 3° *méthode psychique ;* 4° *méthode chirurgicale.* Nous nous débarrasserons d'abord des deux dernières qui sont les moins importantes.

1°. Méthode psychique, suggestion et hypnotisme.

Sans doute l'état psychique exerce une influence considérable sur les divers états organiques : cette influence du moral sur le physique est connue de vieille date et justement recommandée ; mais « pour que l'esprit acquière sur le corps un empire salutaire, la première condition indispensable, absolue, est de croire à la possibilité d'un tel empire » (Feuchtersleben, *Hygiène de l'âme*). « Il ne faut pas oublier, dit Maudsley, que la joie et l'espoir sont le meilleur remède contre les maux de toutes sortes et que, si le médecin peut parvenir à les inspirer à son malade, il lui fera souvent plus de bien que par tous les autres médicaments ».

En effet, la confiance du malade dans son médecin mais aussi la confiance du médecin lui-même dans la guérison de son malade sont les premières et les plus importantes conditions du traitement psychique des maladies et spécialement de certaines maladies nerveuses.

« Le médecin, écrit avec raison Kovalewsky, ne doit jamais perdre l'espoir de voir guérir tel ou tel malade.» Cette condition nous paraît particulièrement importante dans le traitement psychique des neurasthéniques dont le courage abattu a besoin d'être énergiquement relevé : le malade qui voit les soins que lui pro-

digue son médecin reprend courage et aide puissamment la médication, attendu que le tonus moral est l'équivalent psychique du tonus physique ; dans le cas contraire, il s'abandonne ou désespère et compromet ainsi le succès d'un traitement qui eût pu devenir efficace.

C'est donc une importante condition de succès dans la méthode thérapeutique employée, que cette confiance mutuelle et simultanée du malade et du médecin dans l'amélioration des accidents neurasthéniques

Mais évidemment elle ne saurait suffire : l'épuisement nerveux n'est pas justiciable de cet exclusif procédé ; il ne saurait davantage être combattu par la simple *persuasion morale*, c'est-à-dire, par la suggestion à l'état de veille, que les désordres morbides vont s'attuénuer et disparaître. Toutefois il n'est pas inutile d'entretenir le malade dans cet état permanent d'esprit qui lui fait espérer et croire à sa guérison plus ou moins rapide ; cette méthode de la *suggestion vigile* peut être, dans certains cas, très favorable.

Quant au *procédé du miracle*, la neurasthénie, en raison de son évolution lente et de son caractère chronique, ne nous paraît pas susceptible d'y être soumise avec beaucoup d'avantage.

Reste maintenant l'*hypnotisme* et la suggestion pendant le sommeil hypnotique ; a priori, étant données les causes ordinaires de la neurasthénie, surmenage et épuisement par excès de fonction, on ne voit pas bien comment l'hypnotisme qui ne s'obtient que par une nouvelle série d'excitations aboutissant à une forme nouvelle de l'épuisement, pourrait

jouer un rôle efficace dans le traitement de la neurasthénie. Il ne s'agit pas là, ordinairement, d'une maladie imaginaire, auto-suggérée, qu'une nouvelle suggestion plus intense pourrait faire disparaître, mais bien d'un épuisement réel et organiquement figuré, de la force nerveuse : et l'hypnotisme ne paraît pas appartenir à la classe des médications toniques.

D'autre part n'a-t-on pas un peu le droit de considérer l'hypnotisme, petit ou grand, comme une forme, et presque une entité morbide de la neuropathologie ; n'est-il pas le plus souvent un état pathologique provoqué expérimentalement et surajouté à d'autres manifestations morbides ? Si l'hypnotisme est une forme pathologique expérimentale de l'épuisement, on ne voit pas quel intérêt il y aurait à l'associer à la forme accidentelle de l'épuisement neurasthénique.

Toutefois on ne saurait nier que la suggestion, pendant l'état hypnotique, soit éminemment puissante, et si l'on se trouve en présence d'un neurasthénique hypnotique ou très facilement hypnotisable, on pourra assurément utiliser ce procédé pour combattre certains phénomènes de la neurasthénie. Mais il serait, à notre avis, imprudent, peut-être même dangereux, d'insister pour obtenir l'hypnotisme chez un neurasthénique, dans le but de le guérir. L'hypnotisme ne nous paraît pas une méthode habituellement logique du traitement de la maladie de Beard. Cependant notre confrère et ami, M. Bérillon, prétend avoir obtenu des résultats dans certains cas rebelles et a cité des observations de neurasthénie grave, guérie par la suggestion hypnotique.

II°. MÉTHODE CHIRURGICALE.

Nous n'en parlons ici que pour mémoire et comme d'une simple curiosité historique : des chirurgiens téméraires, pour ne pas dire insensés, ont poussé l'audace jusqu'à faire courir les risques de l'ovariotomie, ou de l'hystérectomie à de pauvres malades atteintes de neurasthénie ou d'hystéro-neurasthénie, comme si l'appareil utéro-ovarien pouvait encore être considéré comme la cause de ces maladies. M. Vigouroux cite des cas de ces témérités qui n'ont aucune raison d'être, et apprécie cette méthode à sa juste valeur.

III°. MÉTHODE MÉDICAMENTEUSE.

Il n'y a en réalité pas de médicaments spécifiques contre la neurasthénie et c'est peut-être là la meilleure occasion de dire avec Tissot : « on peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun ».

Ce n'était pas l'avis de Beard qui a tour à tour utilisé sur ses patients les substances les plus variées de la pharmacopée américaine : nous nous contenterons d'en faire l'énumération : *Arsenic* — *Cannabis indica* — *Caféine* — *Théine* — *Coca* — *préparations de Zinc* — *Duboisine* — *Eucalyptus* — *Hydrastis canadensis* — *Bromides* — *Chloral* — *Strychnine* — *Opium* — *Alcool* — *Acides minéraux* — *Phosphates* — *Koumys*, etc. Telles sont, dans l'ouvrage amé-

ricain, les bases principales du traitement pharmaceutique de la neurasthénie.

Au fond cette médication et toutes celles qui ont suivi dans cette voie avaient pour but de relever les forces d'une part, et de l'autre, de calmer l'irritabilité nerveuse sous ses différentes formes. Médication tonique et calmante, tels étaient les deux grands principes de la méthode médicamenteuse. Faut-il entièrement y renoncer aujourd'hui? Non, quand il y a quelques indications spéciales et surtout quand il n'y a aucune contre-indication : « primo non nocere », répète souvent M. Charcot dans son enseignement clinique.

Il sera d'abord et souvent utile de diriger contre les diathèses qui peuvent accompagner la neurasthénie une médication appropriée : il sera donc utile de traiter par leurs médicaments spéciaux l'arthritisme, la scrofule, le diabète ou la syphilis ; il sera utile, dans le choix d'un séjour thermal, de considérer l'état diathésique du malade pour lui indiquer de préférence une station climato et thermothérapique en rapport avec sa constitution.

Les médicaments fortifiants les plus connus et les plus employés sont des minéraux et certaines plantes amères. Le fer est en tête de la liste : il est habituellement indiqué dans les formes de neurasthénie qui se compliquent de chloro-anémie ; mais souvent il est mal supporté, augmente les troubles dyspeptiques ou la constipation et provoque parfois des inconvénients supérieurs à ses avantages, qui ne permettent pas de l'employer. La meilleure manière de le prendre consiste dans l'usage aux repas d'eaux minérales ferrugineuses, légères au début, puis de plus en plus

riches. On donne également le fer sous forme de poudre de fer réduit ou de sels dont les plus assimilables sont les carbonates, les peptonates, les citrates et les tartrates de fer ; parmi ces derniers, la solution de tartrate, dite *Teinture de Mars*, est une des formes les plus usitées.

A côté du fer, on peut citer les phosphates qui sont considérés comme médicaments réparateurs et presque alimentaires, et les préparations arsenicales qui sont réputées joindre à leurs propriétés toniques une certaine vertu sédative.

Parmi les amers, la teinture de noix vomique, qu'on peut associer à la teinture de Mars, est au premier rang ; viennent ensuite les préparations diverses de quassia, de colombo, de quinquinas et de gentiane ; cette dernière est assurément la moins dangereuse si elle n'est pas la plus efficace.

Car, il faut le reconnaître, tous ces produits médicamenteux peuvent nuire aux fonctions digestives : il faut toujours en surveiller l'emploi, en proscrire l'abus et même en empêcher l'usage continuel.

Les médicaments calmants n'ont pas meilleure réputation vis-à-vis de l'estomac. Les bromures de potassium, de sodium, d'ammonium, de camphre et d'or dont on a fait un réel abus et que certains malades s'administrent eux-mêmes, doivent être tenus en défiance : ils n'ont guère d'efficacité réelle que contre les accidents convulsifs et parfois contre l'insomnie ou les rêves neurasthéniques,

Les autres hypnotiques et antinévralgiques, le *chloral*, l'*hypnone*, la *paraldéyde*, le *sulfonal*, l'*acétanilide*, l'*antipyrine*, l'*uréthane*, etc., etc... peuvent être

utilisés par intervalles, mais non d'une manière continuelle : ils ne font d'ailleurs que calmer momentanément mais n'ont aucune action curative : ils présentent tous, en outre, l'inconvénient de l'accoutumance.

Quant à l'opium et surtout à la morphine il faut se garder d'en conseiller l'usage à certains neurasthéniques qui s'empresseraient d'en abuser et compliqueraient leur maladie d'une morphinomanie plus difficile à combattre que la neurasthénie.

Les médicaments spéciaux utilisés contre les troubles digestifs, alcalins, acides, astringents, absorbants, calmants, ou stimulants, peuvent exercer une action favorable sur certains désordres gastro-intestinaux, mais cette action n'est que passagère et bientôt devient nulle par habitude.

En somme, les traitements médicamenteux de la neurasthénie ne sauraient s'adresser au mal lui-même ; ils sont purement symptomatiques et le plus souvent, simplement palliatifs : on ne doit jamais les prescrire que dans les cas et les conditions où ils ne sauraient être nuisibles : mais il faut chercher le véritable traitement de l'épuisement nerveux dans les méthodes générales constituées par les procédés physiques et hygiéniques qui nous restent à étudier.

IV°. Méthodes hygiéniques et physiques

Les plus importantes et les mieux connues de ces méthodes sont *l'hydrothérapie la climatothérapie, le massage* et *l'électrothérapie*. Mais ces procédés ont été diversement combinés et la réunion de quelques-uns d'entre eux, ajoutés à d'autres conditions

spéciales, constitue les deux grandes méthodes systématiques qui portent le nom de leurs auteurs, la *méthode de Weir-Mitchell* et la *méthode de Vigouroux*.

a. L'Hydrothérapie jouit depuis longtemps d'une assez grande vogue dans le traitement d'un certain nombre de maladies nerveuses; c'est elle que les médecins plus ou moins expérimentés conseillent, en quelque sorte d'instinct, à tous leurs clients névropathes. C'est presque une vérité d'ordre vulgaire : Vous êtes nerveux! prenez des douches. Aussi l'hydrothérapie n'est-elle pas toujours justement appréciée, en raison de l'inconstance de ses résultats, trop souvent due au défaut de méthode avec laquelle on la conseille et on l'emploie.

Les divers procédés hydrothérapiques jouissent assurément d'une action tonique et calmante sur certains troubles nerveux : mais il faut savoir en prescrire les différentes formes selon les différents cas et il serait utile que ces procédés fussent appliqués plus scientifiquement qu'ils ne le sont d'habitude par les doucheurs ou doucheuses des établissements de bains. Il ne suffit pas de dire aux gens « faites-vous doucher, » comme on leur dit « purgez-vous » ; il faut encore pouvoir leur dire, selon leur situation, quelle forme de douche ou de bain ils doivent prendre, à quelle température, pendant combien de temps, sur quelle région, etc.

Dans la neurasthénie ordinaire, il faut distinguer les formes où l'excitation prédomine de celles qui se traduisent surtout par des phénomènes d'épuisement.

Les premières seront traitées par des applications sédatives, telles que les bains tempérés de piscine, les affusions tièdes souvent renouvelées, l'enveloppe-

ment prolongé dans le drap humide jusqu'à réaction et sudation sous les couvertures pendant dix à quinze minutes, les douches à pression légère modérément froides, d'une certaine durée, ou les douches en cercle ou en pluie sans pression : il faut avant tout, dans ces cas, éviter toute réaction violente pour diminuer l'hyperexcitabilité. On devra, au contraire, recourir à des applications progressivement excitantes dans les formes neurasthéniques où la dépression est plus accusée. Les douches en pluie, à colonne et surtout en jet, courtes, froides et vivement appliquées, les immersions rapides à basse température, les frictions énergiques avec un drap mouillé et fortement tordu, produisent des réactions énergiques et réveillent la tonicité générale.

Mais ce qu'il faut, en principe et surtout éviter chez les neurasthéniques, c'est le saisissement brutal de l'eau froide ; il ne faut pas recourir d'emblée à l'action stimulante par la douche froide et courte : l'extrême susceptibilité au froid de certains malades peut nuire à la médication dès le début, la rendre désagréable ou même odieuse et obliger définitivement à l'interrompre : il faut acclimater les malades à supporter des réactions de plus en plus énergiques.

L'enveloppement et la friction, au saut du lit, dans un drap mouillé avec de l'eau à 25°, les immersions, affusions et douches à température modérée de 18° à 22° sont les procédés à utiliser, pour commencer : la douche en poussière et le bain tiède prolongé donnent souvent d'excellents résultats contre l'insomnie : le jet brisé quand le malade y est progressivement amené est un puissant tonique contre l'amyosthénie générale et les troubles gastro-intestinaux.

En somme l'hydrothérapie peut rendre de signalés services dans beaucoup de cas d'épuisement nerveux: mais elle doit pour cela être méthodiquement dirigée et surveillée dans un établissement spécial ; d'autre part, il existe encore un assez grand nombre de malades, qui, malgré toutes les précautions, ne peuvent s'accoutumer à l'eau froide ; enfin cette méthode ne saurait constituer un procédé de traitement exclusif: elle n'est souvent qu'un puissant adjuvant de la médication générale.

b. Climatothérapie et Eaux minérales. Est-ce à dire qu'il y ait des climats et des stations thermales ou minérales spécialement favorables aux neurasthéniques ? Assurément non. C'est le changement de milieu, les conditions morales et physiques du calme de l'existence, du séjour dans un pays riant et pittoresque, du bon air et de l'exercice musculaire nécessité par les promenades, du dépaysement, des plaisirs nouveaux, etc., qui jouent le plus grand rôle dans les climats de montagne dont on conseille le séjour aux neurasthéniques pendant l'été.

C'est une forme agréable de l'isolement et du repos qui constitue la base du traitement de Weir Mitchell. Il est d'ailleurs établi que ce genre de climatothérapie est ordinairement très favorable dans beaucoup de formes de neurasthénie commune, particulièrement dans celles qui sont encore au début et qui proviennent d'excès intellectuels et de peines ou de préoccupations morales.

Le repos mental et l'exercice musculaire modéré, joints aux distractions d'un beau site et d'une société agréable, à une altitude qui ne doit pas dépasser 1,000

mètres, constituent d'excellentes conditions de réfection psychique et organique. En général, dès les premiers jours, l'appétit est assez vif, les digestions meilleures et surtout le sommeil excellent. Ce séjour doit être prolongé au moins pendant deux mois dans les accidents neurasthéniques déjà accusés. On rencontre, en Suisse surtout, de nombreux séjours d'été qui sont particulièrement recherchés des malades neurasthéniques : le canton du Valais possède quelques-unes de ces stations climatothérapiques et l'une d'elles, située dans l'un des plus beaux sites de la vallée du Rhône (Choex, près Monthey), nous a paru offrir les meilleures conditions pour ce genre de traitement.

Quant au choix des stations minérales, il n'est pas toujours indifférent, quand la maladie neurasthénique s'est greffée sur un terrain diathésique justiciable d'une de ces stations. Parmi les plus fréquentées des névropathes on cite Néris comme exerçant une action calmante sur les accidents d'hyperexcitabilité, névralgies, crampes, spasmes divers, etc. Dax et Saint-Amand contre les formes atoniques et même paralytiques, Luxeuil et Lamalou dont les eaux ferrugineuses seraient reconstituantes, Bagnères de Bigorre et Saint-Sauveur que leurs sources sulfureuses recommandent aux névropathes arthritiques ou herpétiques, enfin, parmi les stations plus indifférentes et inoffensives, Plombières dans les Vosges ; Ussat, dans l'Ariège et Bagnoles dans l'Orne. En réalité ces différentes stations, en dehors d'une indication diathésique formelle, seront avantageusement remplacées par un simple séjour à la montagne dans un milieu calme avec une riante et pittoresque nature.

c. Le massage et l'électricité faisant partie intégrante des méthodes thérapeutiques qui nous restent à étudier, nous en parlerons à cette occasion.

Méthode de Weir-Mitchell et Playfair.

Cette méthode, dont on a tant parlé et qui nous vient d'Amérique, tout comme la description d la maladie contre laquelle on l'emploie, a été exposée par son auteur, M. Weir Mitchell, de Philadelphie, sous le titre original « *Fat and blood and how to make them* » dont la traduction littérale signifie « graisse et sang, comment on les fait ». Le sous-titre portait, il est vrai, « *an essay on the treatment of certain forms of Neurasthenia and Hysteria* » : essai sur le traitement de *certaines formes de Neurasthénie* et d'Hystérie.

Il est peut-être intéressant en effet de rappeler qu'au début, cette méthode fut destinée à améliorer certaines formes de la neurasthénie et de l'hystérie dans lesquelles les malades anémiés et amaigris paraissaient avoir surtout besoin de reconstituer leur sang et leur graisse. Elle était par suite loin de prétendre à la cure systématique et universelle de tous les neurasthéniques, ainsi que certains partisans enthousiastes le feraient volontiers croire aujourd'hui. Elle ne visait même pas les phénomènes nerveux spéciaux de la maladie de Beard, mais plutôt les troubles graves de la nutrition dont cette maladie peut s'accompagner dans certains cas. Elle constituait plutôt, en réalité, une véritable méthode diététique, dont on a fait, par abus de son extension, une méthode psychi-

que et thérapeutique rigoureusement systématisée. Et quand elle a été présentée pour la première fois, en France en 1883, ce fut sous le titre précis « *du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie* (1) ». Au lieu d'être, comme primitivement, une méthode spéciale contre certains accidents de la neurasthénie, un procédé « de refaire du sang et de la graisse », elle devint « un traitement méthodique de la neurasthénie » en général : et c'est sous ce jour qu'on l'étudie et qu'on la pratique encore aujourd'hui.

La méthode de Weir Mitchell, perfectionnée et préconisée plus tard par Playfair, consiste essentiellement dans la mise en œuvre des cinq procédés suivants : *l'isolement*, *le repos*, *le massage*, *l'électricité*, *le régime diététique*, généralement *suralimentaire*.

« Cette méthode, dit lui-même l'auteur, a pour but de rappeler les forces chez les personnes affaiblies : dans ce but je combine le repos absolu à l'hyperalimentation devenue possible, grâce à l'exercice passif, obtenu par le massage et l'électricité ».

Les malades auxquelles il s'applique « sont des femmes nerveuses, maigres en général et dépourvues de sang. »

1° *L'isolement* ne fut donc pas, au début du moins, dans l'esprit de l'auteur, un procédé psychique destiné à soustraire le malade à l'influence de son entourage pour le mettre tout entier sous la dépendance suggestive d'un nouveau milieu et surtout du méde-

(1) Ce nouveau titre « lui a été donné par le traducteur, à la suggestion de l'auteur » (Trad. de O. Jennings, Paris, 1883).

cin ; l'isolement paraît avoir été destiné tout d'abord à favoriser le repos, pour la réfection des forces. Ce n'est que dans ces dernières années qu'on a bien compris toute la puissance morale de ce procédé, et qu'on a eu l'idée de l'utiliser contre certaines formes psychiques de la neurasthénie et surtout de l'hystérie. Ce mérite revient spécialement aux savants français, MM. Ball et Charcot, qui ont découvert dans l'isolement un puissant procédé de thérapeutique mentale.

« On ne saurait assez approuver, dit Ball, un système de traitement qui tranche ouvertement avec nos mœurs habituelles, dans lesquelles l'action du médecin est constamment contrariée et paralysée par l'intervention incessante des préjugés et des influences de la famille. La condition indispensable souvent au succès de nos méthodes thérapeutiques, est de soustraire le malade à un entourage qui subit ses caprices et les impose plus ou moins ouvertement à son médecin. » Mais M. Ball ne parle là que de cette méthode appliquée à l'hystérie, et la neurasthénie commune n'a pas le plus souvent besoin de telles rigueurs.

C'est en effet un procédé rigoureux et difficile à faire accepter au malade ou à sa famille, que celui qui consiste à enlever brusquement ce malade à son milieu habituel, pour le transporter plus ou moins loin, mais absolument en dehors des siens, dans un établissement où il sera entouré de visages inconnus, ne pourra recevoir aucune visite amie, et soumis à l'exclusive influence du médecin traitant : c'est un véritable procédé d'internement.

En effet, l'isolement tel que le comporte la méthode

de Weir Mitchell, n'est pas l'éloignement à la campagne ou en pays lointain, de ses occupations et de ses relations habituelles, ce n'est pas la réclusion plus ou moins prolongée dans une pièce de la maison, où de temps en temps les parents ou les amis auront accès, c'est l'isolement absolu dans une maison spéciale, et sans aucune communication avec la famille, et l'entourage accoutumé. On choisit alors un ou une garde-malade, dont l'intelligence, le caractère et les habitudes de vie puissent ne pas trop heurter l'esprit des malades et dont la conversation et la compagnie puissent au contraire être agréables et constituer une distraction. Puis on réglemente l'existence du sujet, heure par heure, acte par acte, et on le soumet aux autres procédés du traitement, avec la plus rigoureuse précision.

Souvent les premiers jours sont très mal supportés et l'état d'hyperexcitabilité s'aggrave : mais bientôt le malade s'y accoutume et il est vraisemblable que cette contrainte joue un rôle dans son amélioration en stimulant son vif désir d'être guéri pour en sortir plus vite.

On comprend en effet que pour un neurasthénique conscient, cette séparation brusque de son milieu et de ses habitudes ne soit pas précisément une occasion de réjouissance. Ball avait presque raison de dire que l'isolement constituait « un traitement d'aliéné » : il faut vraiment, dans le cas particulier de la neurasthénie, qu'il s'agisse d'accidents graves et menaçants pour obliger de recourir à une telle extrémité, la séquestration absolue.

Mais à côté de ces critiques qui visent surtout l'ex-

clusivisme systématique de cette méthode appliquée indistinctement à tous les cas de neurasthénie plus ou moins chronique et grave, il est juste de reconnaître que l'isolement rend parfois de merveilleux services : c'est ainsi que M. Charcot l'a compris et si heureusement appliqué au traitement de l'anorexie hystérique : les malades de cette catégorie ne doivent leur salut qu'à la mise en pratique rigoureuse et sévère de l'isolement. Or il est très possible que ces femmes « nerveuses, pâles et amaigries » pour lesquelles Weir-Mitchell avait surtout institué sa méthode, appartinssent à cette catégorie d'hystériques et il n'est plus étonnant, dès lors, que le succès ait couronné ses premières tentatives.

En dehors de cette considération, que l'isolement n'a pas été inventé et n'est pas nécessairement utile pour améliorer et guérir la plupart des états neurasthéniques, il faut convenir que c'est un procédé difficile à mettre en pratique et que, seules, les classes riches seraient appelées à en bénéficier.

2° *Le repos* qui doit accompagner l'isolement n'est pas moins rigoureux quand il doit être appliqué selon les règles classiques : pendant les premiers jours au moins, il doit être *absolu ;* les malades doivent garder le lit et n'ont même pas le droit de faire leur toilette, de prendre leurs repas, ni de se lever pour leurs plus pressants besoins ; ils sont condamnés à l'immobilité de la statue. Tout cela dans le but de calmer leur irritabilité, de détendre leurs nerfs, et d'empêcher les révoltes de leur estomac dyspeptique. Ce repos absolu durera de quelques jours à deux ou trois semaines ; puis les malades seront autorisés à se

lever, à rester assis quelque temps, puis à marcher progressivement pendant quelques heures, jusqu'à ce qu'ils puissent reprendre le courant de la vie ordinaire. Le procédé du repos trouverait ses principales indications dans les formes graves de la myélasthénie, dans l'état vertigineux permanent et dans les neurasthénies compliquées d'anémie profonde, ou de troubles gastro-intestinaux intenses avec dilatation et ptoses.

3. *Suralimentation* Pendant les premiers jours du repos, les malades sont habituellement soumis à la diète lactée : ce régime trouve son indication tant dans l'obésité que dans l'amaigrissement, selon Weir-Mitchell. Dans le premier cas, il diminue la surcharge graisseuse, dans le second, il accoutume l'estomac à supporter progressivement et à digérer complètement les aliments qui doivent peu à peu être donnés en plus grand nombre et sous une forme de plus en plus reconstituante. On arrive ainsi, par une série croissante de petits repas diversement composés, dans le détail desquels l'auteur se complaît, à suralimenter « les femmes pâles et amaigries » que vise toujours la méthode, et régénérer le sang et la graisse qu'elles avaient perdus.

Mais cette diététique suralimentaire serait fortement contrariée par le repos qui est loin de favoriser la digestion et la nutrition générale, mais qui en revanche expose à la constipation. Aussi fallait-il remédier aux inconvénients anti-nutritifs du repos par le mouvement artificiel et passif, et c'est à ce titre que le massage et l'électricité entrent dans la méthode essentiellement reconstituante, de Weir-Mitchell.

4° Le *massage* doit être pratiqué par une main exercée; on pourra y dresser le ou la garde-malade. Il consistera surtout en frictions progressivement énergiques de la peau et en pressions et tapotements méthodiques des masses musculaires: il sera général, et se fera successivement sur chaque membre et sur le tronc par petites séances de dix à quinze minutes pour chaque segment du corps; après ces massages partiels, la région sera enveloppée de flanelle jusqu'à ce que le massage général de tout le corps soit entièrement terminé; plus tard, on ajoutera au massage des mouvements passifs des petites et grandes jointures; plus tard enfin, on engagera le malade à résister à ces mouvements passifs, comme dans certains procédés de la gymnastique suédoise. Le massage de l'abdomen, et quelquefois de l'utérus, donne habituellement de très bons effets contre les accidents gastro-intestinaux et utéro-ovariens qui compliquent souvent la neurasthénie. Mais le massage ne nécessite pas nécessairement l'isolement; il constitue, en dehors de la méthode de Weir-Mitchell, un procédé thérapeutique souvent excellent contre les parésies musculaires et les accidents névralgiques de la neurasthénie.

5° L'*électrisation* vient en outre au secours du massage dans le traitement systématique que nous exposons: elle y vient au même titre, c'est-à-dire dans le but d'obvier aux inconvénients du repos, en provoquant artificiellement des contractions musculaires. L'auteur américain a désigné pour cet usage les courants faradiques, à intermittences lentes: les étectrodes (éponges humides) sont successivement prome-

nées sur les différentes masses musculaires qu'on veut faire contracter. Il s'agit donc là d'électrisation purement locale, qui ne constitue qu'un élément adjuvant et secondaire de la méthode générale. Beard, au contraire, avait indiqué l'électricité comme procédé thérapeutique général, mais il pratiquait la galvanisation générale du corps ou de l'axe cérébro-spinal à l'aide de courants continus.

Quant aux médicaments, Weir-Mitchell les avait presque entièrement supprimés ; il n'avait conservé que quelques laxatifs, dont l'aloès et quelques toniques, dont le fer et la strychnine.

Telle est, à grandes lignes, l'histoire et la nature de la méthode américaine, dont on a certainement exagéré les bienfaits et l'indispensable nécessité eu égard à la neurasthénie.

C'est, nous le répétons, une méthode précieuse dans un certain nombre d'accidents névrosiques, et surtout hystériques, où l'élément psychique joue un rôle important. Elle a eu surtout le grand mérite d'appeler l'attention sur un procédé nouveau de thérapeutique mentale, l'isolement, bien que son auteur n'en eût fait primitivement qu'un procédé adjuvant de restauration organique.

Mais, dans le plus grand nombre des cas de neurasthénie simple, dans presque toutes les formes communes de l'épuisement nerveux par surmenage, non seulement elle n'est pas indispensable, mais elle peut être pénible et comporte toujours de grandes difficultés d'application.

Le *procédé de la Franklinisation* (électricité statique), remis en honneur par M. Vigouroux, combiné

avec un traitement hygiénique général et sans l'exclusion des autres méthodes thérapeutiques, constitue au contraire un procédé relativement facile, jamais dangereux et presque constamment efficace. Nous remercions ici M. Vigouroux d'avoir bien voulu nous donner la primeur de sa première publication scientifique sur les résultats de ce procédé : nous avons eu nous-même l'occasion de le mettre assez souvent en pratique dans diverses formes de neurasthénie acquise, et le bain statique nous a toujours donné d'excellents effets.

NOTICE THÉRAPEUTIQUE

PAR LE Dr R. VIGOUROUX

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

PAR LA FRANKLINISATION (électrisation statique).

L'objet de ce travail est de montrer les ressources qu'offre l'électricité dans le traitement de la neurasthénie, de préciser son mode d'action, ses indications et accessoirement d'examiner la valeur comparative des autres moyens thérapeutiques.

On sait peut-être que l'électrisation statique, après avoir constitué la première et pendant longtemps la seule application médicale de l'électricité, était tombée en désuétude et complètement oubliée, lorsque nous l'avons reprise à la Salpêtrière en utilisant les données de l'électricité moderne. Nous n'avions eu d'abord en vue que le traitement de l'hystérie ; mais

nous ne tardâmes pas à constater les remarquables effets sur la nutrition et l'innervation, qui font de la franklinisation une médication générale de premier ordre. Elle est devenue pour nous, depuis quatorze ans, la base d'une pratique très étendue et c'est dans la neurasthénie qu'elle nous a donné les succès les plus constants.

C'est là un fait considérable et encore peu connu, semble-t-il. Si on me reprochait de n'avoir pas pris soin de la mettre en évidence je ferais remarquer : que le traitement de la neurasthénie par la franklinisation a toujours été pratiqué publiquement à la Salpêtrière ; qu'il a été l'objet d'explications verbales sans nombre à tous les visiteurs du service ; que parmi les malades traités je compte de nombreux confrères ; que je n'ai pas manqué, dans plusieurs articles relatifs à l'électrothérapie, d'appeler l'attention sur ce traitement commun à la neurasthénie et à plusieurs maladies générales ; enfin que dès 1882 le docteur Th. Stein, de Francfort, a fait des méthodes de la Salpêtrière le principal sujet d'un ouvrage qui a eu plusieurs éditions. Un détail montrera l'importance que cet auteur, qui était déjà connu comme électrothérapeute, attache à la franklinisation. Il fait, en commençant, l'historique de l'électrothérapie et le divise en quatre périodes. La quatrième, suivant lui, date de la restauration de l'électrisation statique à la Salpêtrière. On voit que si la méthode n'est pas plus connue et répandue, ce n'est pas tout à fait faute d'avoir été signalée.

Procédés et appareils de la franklinisation.

En ce qui concerne la neurasthénie, ils n'ont rien de spécial. J'éviterai donc d'entrer dans des détails

qui seraient mieux à leur place dans un traité d'électrothérapie.

La première question qui se présente est celle du choix de la machine. Presque tous les types en usage sont bons, notamment la machine de Carré et plus particulièrement celle de Wimshurst. La machine de Holtz m'a paru donner trop d'électricité et avoir pour certains malades des effets trop excitants. Il ne faut pas d'ailleurs attacher une trop grande importance à ces questions de matériel. Je dirai cependant qu'il y a avantage à employer de grandes machines. Les plateaux des Wimshurst de la Salpêtrière ont 70 centimètres et j'en essaie actuellement d'un mètre. Il me paraît impossible d'obtenir de bons effets des petites machines qu'on ne peut employer sans condensateur, qu'on fait acheter aux malades, en les chargeant, suivant une erreur trop commune, de s'électriser eux-mêmes.

Les *procédés* sont les procédés usuels de la franklinisation. Comme ils ne sont sans doute pas familiers au lecteur je les décrirai sommairement.

1° *Bain électrique*. Le patient est placé sur un tabouret isolant en communication avec le pôle négatif de la machine. Il se trouve donc chargé d'électricité négative à un très haut potentiel, en même temps qu'il offre la voie à une déperdition constante de l'électricité par toutes les saillies de son corps et de ses vêtements ; déperdition qui est incessamment réparée par la production continue de la machine.

L'action physiologique et thérapeutique du bain électrique n'est pas douteuse. On s'en ferait une très fausse idée si on voulait l'apprécier en l'essayant chez

des sujets sains. Chez les névropathes elle est nettement sédative, au moins après quelques séances. Le bain est la base du traitement ; il peut même le constituer tout entier ; mais d'habitude il est associé aux autres modes d'application.

Cette dénomination de bain électrique est très ancienne. On l'emploie quelquefois, abusivement, pour désigner les bains ordinaires dont le liquide transmet un courant galvanique ou induit et qu'on appelle aussi hydro-électriques.

2° *Souffle* ou *vent électrique*. On l'obtient en dirigeant vers le malade et à dix ou quinze centimètres de distance, la pointe d'une tige métallique non isolée. Par suite d'un phénomène connu d'influence, la pointe s'électrise positivement ; elle communique son électricité aux couches d'air contiguës et celles-ci sont attirées par la partie la plus voisine du corps du malade (électrisé négativement) qu'elles viennent frapper. Elles produisent ainsi une sensation analogue, mais non identique, à celle d'un courant d'air. C'est en réalité une *décharge par convection*.

L'efficacité du souffle, comme moyen sédatif, est des plus remarquables ; elle est du même genre, mais plus énergique, que celle de l'anode galvanique. Dirigé sur la tête, chez les neurasthéniques, le souffle fait disparaître en quelques minutes le sentiment habituel d'embarras, de lourdeur, de pression, de tension douloureuse, en un mot le *casque*. Lorsque l'action du souffle doit être prolongée, il y a avantage, au lieu de tenir la tige pointue, à la faire supporter par un pied à coulisse que l'on place à proximité du tabouret.

En Allemagne où la franklinisation est assez répandue depuis quelque temps et où, par parenthèse, on reconnaît, plus facilement qu'ailleurs, l'origine de sa restauration, on a inventé, pour remplacer la tige, un instrument qui ne me paraît pas heureux. C'est un plateau circulaire ou mieux une cloche (*Kopfglocke*) dont le *chapeau chinois* des anciennes musiques militaires donne une idée assez exacte et que l'on suspend au-dessus de la tête du patient. Les bords amincis de la cloche sont censés produire le souffle ; mais il est facile de voir que le seul résultat obtenu et non cherché, est une augmentation de la capacité électrique du système.

3° *Etincelles.* On les obtient en approchant suffisamment, c'est-à-dire à la *distance explosive*, du corps du patient une tige métallique mousse (ou mieux une boule) non isolée. Elles sont employées pour provoquer soit la contraction musculaire en agissant sur les rameaux ou les troncs nerveux, soit l'excitation cutanée.

Le premier de ces effets trouve fréquemment son indication dans la neurasthénie en raison des parésies qui s'y rencontrent et notamment dans les cas de prolapsus pariéto-viscéral ou simplement d'atonie gastro-intestinale. Car il est à noter que l'étincelle qui frappe la paroi abdominale agit sur les viscères sous-jacents. Entre autres preuves du fait je mentionnerai l'action d'une série d'étincelles tirées de la fosse iliaque gauche. Il en résulte presque invariablement une garde-robe à bref intervalle. C'est même un des meilleurs traitements de la constipation habituelle.

Le deuxième effet, l'excitation cutanée, peut être

utilisé en vue d'une action révulsive du réflexe.

Les étincelles produisent en outre une stimulation générale. Chez les neurasthéniques elles font disparaître temporairement la sensation habituelle de dépression et de fatigue musculaire. En vue de ce résultat on les tire des membres et surtout de la région dorso-lombaire.

Les trois procédés qui précèdent sont les principaux ; les deux suivants n'en sont que de simples variétés.

4° *Aigrette*. Si on approche une pointe métallique, pas trop effilée, à quelques centimètres du corps, on n'a plus le vent électrique, ni l'étincelle, mais une forme intermédiaire de décharge. Quand la pointe est positive, c'est un pinceau lumineux, bleu-violet, sillonné de traits de feu c'est-à-dire de petites étincelles. Ces apparences varient, on le conçoit, avec la forme et aussi avec la substance de la tige. Une des manières les plus commodes de produire l'aigrette est d'employer une tige de bois. On peut constater en outre qu'elle s'échauffe notablement pendant l'opération et que par l'usage prolongé elle se recouvre d'un enduit noirâtre, charbonneux, dans la portion où se fait la décharge.

Les propriétés physiologique et thérapeutiques sont également mixtes. L'aigrette est tantôt sédative, tantôt excitante. Elle sert surtout à faire une révulsion modérée sur des régions très sensibles telles que la face.

5° *Friction électrique*. On l'effectue en passant plus ou moins rapidement une tige métallique non isolée sur les vêtements du patient, *en ayant soin*

d'appuyer. Il se produit ainsi une multitude de petites étincelles dont la longueur est mesurée par l'épaisseur des étoffes interposées. Ces étoffes doivent de préférence être en laine.

La friction détermine une sensation désagréable, ou même douloureuse, de cuisson et de brûlure. La peau est rougie comme par une urtication. Quelques malades dont la sensibilité cutanée est émoussée ou pervertie trouvent la friction agréable.

La raison pour laquelle la friction ne peut se faire que sur les vêtements est évidente : si *l'excitateur* (c'est le nom générique des instruments qui servent à localiser la décharge) était appliqué sur la peau, le patient cesserait d'être isolé et par suite électrisé.

La friction, de même que les étincelles, exerce une action locale excitante et des actions éloignées ou réflexes dont l'effet total est sédatif. De même que l'aigrette elle stimule la sensibilité cutanée et est utile contre l'anesthésie en plaques.

Elle joue un grand rôle dans le traitement de la neurasthénie. Pratiquée sur une grande étendue de la surface du corps elle produit une stimulation générale. On comprend aussi qu'elle favorise les fonctions de la peau. Elle est analogue sous certains rapports à la faradisation cutanée; mais l'analogie ne va pas assez loin pour qu'on puisse indifféremment employer l'une pour l'autre.

Une des principales propriétés de la friction faite sur la moitié inférieure du corps est d'atténuer et dissiper les symptômes de congestion spinale tels que l'état spasmodique des membres inférieurs, spasmes,

exagération des réflexes, pertes séminales, etc. Son emploi doit donc être fréquent dans la neurasthénie. J'ajoute incidemment qu'elle constitue le seul traitement efficace que je connaisse de la paraplégie spasmodique; fait d'autant plus important que toutes les autres applications électriques aggravent ce symptôme.

Théorie physique et physiologique de la franklinisation.

On vient de voir les principales ressources que nous offre l'électricité statique. Il est naturel de demander l'explication ou la raison physico-physiologique de son efficacité. La réponse ne peut être plus précise que pour les autres modes d'électrisation, tout en étant susceptible d'être faite dans des termes analogues et basée sur des faits communs. Quel que soit le mode d'électrisation, statique ou dynamique, il s'agit toujours des mêmes éléments, potentiel, quantité et temps, c'est-à-dire durée de la décharge, dont la valeur respective varie seule. Je ne m'arrêterai donc pas à un essai de théorie électro-physiologique de la franklinisation. Il suffit de rappeler que celle-ci se distingue par le potentiel élevé, la quantité faible et la durée courte de la décharge. De ses divers procédés, un seul, le bain électrique semblerait au premier abord ne pouvoir entrer dans le parallèle. Un peu d'attention permet pourtant d'y reconnaître les éléments indiqués. On aura une idée sinon de son mécanisme exact, au moins de la probabilité de son action thérapeutique, en considérant que, sur le tabouret isolant, tous les élé-

ments de l'organisme sont soumis à la fois à un effort de déformation (*strain*) par le fait de la charge et à l'action d'un faible courant résultant de la déperdition. Je ne puis pas insister sur les expériences et sur les raisonnements qui démontrent la réalité de ces phénomènes. Pour la pratique le fait essentiel à retenir est que, dans la bain électrique et aussi dans les autres procédés de franklinisation, l'électricité agit à la fois sur toutes les parties de l'organisme et exerce cette action moléculaire qui est la condition de son utilité thérapeutique.

Faradisation — Galvanisation.

Les autres formes d'électrisation peuvent aussi trouver leur emploi dans la neurasthénie. Notons pourtant un fait significatif : Beard qui était, comme on le sait, excellent électro-thérapeute, mais ne connaissait pas la franklinisation), parle peu ou point de l'électricité dans son ouvrage sur la neurasthénie, bien qu'il y ait donné à la thérapeutique un développement considérable. Cela seul autoriserait à croire que les divers procédés de faradisation (vulgo courants interrompus) ou de galvanisation (courants continus) se sont toujours montrés peu efficaces, au moins comme moyen principal de traitement. C'est en effet le cas ; on a inutilement varié les lieux d'application des courants, leur direction, etc. Un seul procédé paraît avoir quelque utilité c'est la faradisation générale de Beard et Rockwell. Je crois inutile de la décrire.

Au contraire, pour répondre à quelques indications

locales, la faradisation et la galvanisation peuvent rendre des services ; par exemple dans le relâchement pariéto-viscéral, dans l'insomnie, dont il sera question plus loin. On peut encore au moyen de la faradisation du cou pratiquée comme pour le goître exophtalmique (*Progrès Médical, 1887*) remédier à un état congestif habituel ou à des poussées vers la tête, surtout lorsqu'il existe une tension exagérée ou une dilatation des carotides. Des applications galvaniques ou mieux faradiques peuvent aussi servir, à défaut du souffle électrique, dans le traitement local de la céphalée neurasthénique. Pour le choix de l'électrode active, la règle donnée par Holst est très utile (elle consiste à employer le pôle positif si on croit pouvoir admettre une hyperémie cérébrale et le négatif dans le cas contraire) ; mais la difficulté est précisément de distinguer ces conditions opposées. Chez un malade à face colorée, à conjonctives injectées, le pôle positif appliqué sur le front aggravait le malaise, tandis que le négatif le soulageait. L'épreuve fut répétée plusieurs fois. Le malade, sans en être prévenu, reconnaissait très bien le changement de direction du courant et n'était soulagé que par le pôle négatif. Le précepte de Holst est donc seulement utile pour la première application. On se règle ensuite sur les résultats obtenus.

En résumé l'électricité n'a guère été conseillée jusqu'à présent que sous forme de courants. Le plus souvent les auteurs qui la mentionnent n'y voient qu'un moyen d'occuper l'imagination des malades, ce qui montre à quel point est encore peu connu et méconnu cet agent, un des plus importants de la théra-

peutique. Ces préjugés sont très fâcheux. L'électricité n'est employée ni quand il le faudrait ni comme il le faudrait. La plupart des praticiens, lorsqu'ils se décident à y recourir, se bornent à prescrire l'acquisition d'un appareil en laissant au malade le soin d'en tirer le meilleur parti possible. S'ils veulent bien exécuter eux-mêmes le traitement, c'est sans préparation théorique ou pratique et sans plan arrêté. Quelques-uns ne voient dans l'électrothérapie d'autre difficulté que le maniement des appareils ; ils croient faire beaucoup en demandant au fabricant de rafraîchir leurs notions de physique. Ou bien encore ils prescrivent l'électricité comme ils prescriraient une application de ventouses et ils confient le traitement de leurs malades à des *spécialistes,* sans réfléchir que l'électrothérapie ne peut constituer une *spécialité*. Le fait de manier avec assurance quelques appareils très simples n'implique aucune compétence dans leur emploi thérapeutique. D'ailleurs on est spécialiste parce qu'on s'occupe plus habituellement de telle catégorie de maladies et non parce qu'on les traite par tel ou tel moyen. Je n'insiste pas sur ces considérations qui nous entraîneraient trop loin.

Une médication comprise de cette façon ne peut donner beaucoup de succès ni rencontrer beaucoup de faveur.

Métallothérapie.

On peut la nommer comme médication connexe de l'électricité ; mais pour mémoire seulement et pour suivre l'exemple de quelques auteurs ; car elle n'a jamais donné de résultats notables dans la neurasthénie.

Avant de passer à l'étude thérapeutique de la franklinisation nous donnerons un court aperçu critique des autres méthodes curatives.

Pharmacothérapie.

Les moyens qui peuvent lui être empruntés dans la neurasthénie sont innombrables. Tous peuvent être indiqués par quelque symptôme. Mais il est bien établi maintenant que l'on ne saurait compter exclusivement sur eux pour un traitement curatif. Bien plus, en se laissant aller à la thérapeutique des indications, on arrive à ces exagérations de polypharmacie dont on verra plus loin un exemple.

Il faut surtout se garder des formules toutes faites et se rappeler d'ailleurs que la tolérance des neurasthéniques pour les médicaments est, en général, très limitée. Ils sont souvent dyspeptiques, et le seul résultat de la médication interne est de troubler leurs fonctions digestives. Je puis même dire que les bons effets de certaines autres médications peuvent, en partie, être attribués à la suppression ou à l'abstention des médicaments. A part ces réserves qui ne sauraient être trop accentuées, notamment en ce qui concerne les opiacés, on ne devra évidemment pas exclure systématiquement les médicaments internes. Ainsi les bromures à dose modérée, le sulfonal, les amers, le fer, l'arsenic, la strychnine, etc., auront dans bien des cas un emploi justifié. Une mention particulière doit être faite des antiseptiques intestinaux.

Passons aux modificateurs hygiéniques.

Hydrothérapie.

Sous ses diverses formes, sous celle surtout de douches froides, elle est le moyen fondamental, classique, on peut dire banal, de tous les traitements recommandés contre la neurasthénie. Quand elle est bien acceptée par le malade et bien tolérée, ce qui n'est pas toujours le cas, ses bons effets sont incontestables. La question est de savoir si, à elle seule, elle peut constituer un traitement curatif. Ses partisans les plus convaincus n'ont plus, je crois, cette prétention. En somme, elle est un moyen excellent, mais non une médication.

Une pratique de cet ordre, un peu délaissée, est le bain tiède prolongé. C'est souvent le sédatif le plus efficace, et le meilleur moyen d'abattre l'excitation nerveuse qui tourmente certains neurasthéniques. On peut le rendre médicamenteux en y ajoutant une infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger. Les compresses humides sur la tête, le front, les yeux, sont également une très bonne ressource contre l'insomnie.

L'hydrothérapie a en outre un avantage indirect qui n'en est pas moins fort important, sinon capital, c'est de ne pouvoir guère être bien pratiquée que dans des établissements ou instituts qui deviennent ainsi des centres où les malades sont réunis et plus facilement observés. A certains points de vue, cela est parfois essentiel. Il est permis d'espérer qu'on ne tardera pas à comprendre que des établissements de ce genre rendraient bien plus de services si on leur donnait pour but l'emploi de l'électricité.

Travail musculaire.

On l'a beaucoup recommandé il y a quelques années, et parfois avec succès. Evidemment ce n'est pas un moyen simple. Pour juger de son efficacité possible, il faut tenir compte de toutes les conditions qu'il implique : changement d'habitudes, repos intellectuel, distraction, influence de l'activité musculaire sur la nutrition, exercice de la volonté, etc. Il ne peut être conseillé qu'en vue d'indications spéciales sur lesquelles il est inutile d'insister maintenant.

Repos absolu.

Le malade enlevé à ses occupations est tenu alité pendant une période qui varie de quelques semaines à plusieurs mois. On lui interdit pendant ce temps toute communication, toute occasion d'excitation et de dépense nerveuse. Il est réduit à la vie végétative. Ce système de repos avec isolement plus ou moins sévère a aussi donné quelques bons résultats. Ce n'est pas non plus un moyen simple. Il semble actuellement être très en faveur. De même que le précédent il ne peut convenir que dans des circonstances tout à fait particulières.

Exercice musculaire à outrance ou repos absolu, tels étaient les deux grands moyens préconisés de préférence par Beard. A ce propos on me permettra d'évoquer un souvenir personnel.

Dans la période qui a précédé sa fin prématurée survenue, comme on sait, peu de temps après la publication de son livre, Beard venait fréquemment à Paris

et ne manquait jamais de faire une visite à la Salpêtrière. Un jour il parlait précisément de ces deux méthodes de traitement de la neurasthénie et racontait que souvent, d'après le seul aspect des malades, il lui arrivait de dire impérieusement à l'un : vous devez travailler ; et à un autre : vous devez vous reposer. Comme je lui demandais sur quels indices il se décidait pour des prescriptions si opposées : affaire de tact médical, répondit-il. Toute la question est là, en effet. En rappelant Beard, il faut remarquer que son livre a fourni la matière, pour la description de la neurasthénie, à la plupart des auteurs qui sont venus depuis et que tous ne le nomment pas autant qu'il conviendrait.

Voyages. Climatothérapie. Aérothérapie.

Sous la désignation de voyages on peut entendre soit un simple changement de résidence, soit des changements successifs ou voyages proprement dits.

Dans le changement de résidence on a généralement en vue non l'habitation d'un lieu que ses diverses conditions font considérer comme plus favorable, mais le fait lui-même du changement. Ainsi le malade de la ville se trouvera bien d'aller habiter la campagne et celui de la campagne de venir à la ville.

Les voyages proprement dits, outre les modifications d'habitudes qu'ils entraînent, offrent l'avantage de la distraction, d'un certain genre d'activité, etc. Néanmoins on leur ajoute ordinairement quelque cure climatologique : climats maritimes, climats d'altitude ou autres.

La neurasthénie ne fournit pas d'indications qui

désignent plus spécialement un genre de station. On n'a pour se décider que les notions banales de l'hygiène. En général tout ce qui convient aux convalescents, aux gens affaiblis par une cause quelconque, convient également aux neurasthéniques : égalité de température, air de la mer, des forêts, des montagnes. Le plus souvent le choix serait difficile à motiver a priori ; l'expérience seule peut le justifier. Mais on doit se rappeler qu'il y a des contre-indications. Tout le monde sait que les rhumatisants, les goutteux, les nerveux excitables n'ont pas à se louer du voisinage de la mer. Un autre fait très essentiel, dont on ne paraît pas avoir tenu compte jusqu'ici, est que les climats d'altitude (c'est-à-dire les basses pressions atmosphériques) ne sont absolument pas supportés par les sujets à cœur excitable, à tachycardie, à tension artérielle exagérée. Je pourrais citer plusieurs exemples de neurasthéniques dans ces conditions, qui ont vu leur état s'aggraver à un degré inquiétant par un séjour de vingt-quatre heures dans les stations élevées de la Suisse.

Ces cures climatologiques n'ajoutent pas grand chose à l'utilité des voyages et celle-ci même dérive surtout, nous l'avons dit, du changement d'habitudes et de la distraction. Il est à peine nécessaire de faire remarquer que tous les moyens de cet ordre ne sont accessibles qu'aux personnes riches.

L'aérothérapie, sous forme de bain d'air comprimé, est plus réellement active et plus rationnelle en raison de son action eutrophique qui la rapproche de la franklinisation.

Sous le même chef pourraient être mentionnées les

inhalations *d'ozone*. J'aurai l'occasion d'en parler en complétant ce qui a trait à la médication électrique.

Méthode de Weir-Mitchell.

Elle consiste dans l'association de plusieurs moyens: 1° Isolement; 2° Repos — décubitus dorsal, complète inaction musculaire, silence; 3° Massage; 4° Electrisation localisée (celle-ci n'est pas indispensable); 5° Suralimentation — d'abord diète lactée, puis aliments de plus en plus abondants et surtout gras — huile de foie de morue, vin de champagne et eau-de-vie à petites doses, café, extrait de malt; 6° Médicaments internes, — *Aloès*, *fer*, etc.

Je n'entre pas dans les détails pratiques de ce traitement compliqué; on les trouvera dans la traduction française de l'ouvrage de Weir-Mitchell. Mais je crois devoir m'y arrêter, peut-être un peu trop longuement, à un autre point de vue.

Nous savons tous ce qu'est l'engouement, ou, pour employer un mot accepté, la mode, en matière de thérapeutique. Un médicament (ou une médication) soit parce qu'il a été préconisé avec chaleur et talent, soit sans motif appréciable, accapare tout d'un coup l'attention du public médical. Il devient panacée. On le voit prescrire dans une foule de cas où il n'a vraiment d'autre indication que sa nouveauté. Et après quelques années ou quelques mois, la fureur d'imitation s'apaise; il tombe dans un oubli aussi immérité que sa faveur première.

La méthode de Weir-Mitchell, après avoir passé presque inaperçue il y a dix ans, vient d'être très vantée dans l'excellent ouvrage de M. Bouveret sur

la neurasthénie. Le succès de cet ouvrage et quelques indices qu'il est inutile de préciser me portent à croire que la méthode est à la veille de parcourir la brillante et courte carrière des nouveautés thérapeutiques à la mode. Ce serait dommage ; car si elle n'est certainement pas applicable à tous les cas de neurasthénie, elle aurait pu rendre des services aux malades exceptionnels pour qui elle a été imaginée.

Weir-Mitchell dit expressément que sa méthode s'adresse à un petit nombre de malades présentant des conditions spéciales de nutrition et d'état psychique. Il la réserve pour des cas déterminés d'hystérie surtout et de neurasthénie chez la femme. Et voilà que, par suite de l'habitude prise de parler de l'hystérie et de la neurasthénie comme de deux choses nécessairement connexes, on arrive à les confondre et on conclut que le traitement de l'une doit forcément convenir à l'autre. Le traitement de Weir-Mitchell peut avoir été utile (reste à savoir s'il a toujours été nécessaire) dans certains cas d'hystérie ; mais on chercherait vainement son indication dans les formes communes de la neurasthénie. Sans doute, les divers moyens dont il se compose, considérés séparément, peuvent y trouver leur utilité ; mais ce qui reste contestable c'est leur réunion systématique et surtout l'isolement qui en forme la base.

Dans la préface qu'il a donnée pour la traduction française de Weir-Mitchell, le Prof. Ball, après avoir exprimé son approbation sans réserve, s'écrie à propos de l'isolement : « Enfin on va donc traiter les hystériques comme des aliénés ! » C'est un éloge de la méthode ; il pourrait aisément passer pour ironique.

On voudrait maintenant étendre aux neurasthéniques ce privilège d'être traités comme des aliénés.

Que dans l'hystérie psychique M. Charcot nous ait enseigné l'utilité de séparer la malade de son milieu habituel, de la soustraire à une sollicitude trop complaisante, trop suggestive ou même irritante, qu'il nous ait très justement montré l'internement comme le moyen suprême de salut dans l'anorexie hystérique menaçante pour la vie; il n'a pas été plus loin, il n'en a pas fait pour cela de la séquestration le moyen unique et général à employer contre l'hystérie. Encore moins peut-on y songer pour les neurasthéniques. Dans quelles circonstances nous trouvons-nous pour eux en présence de conditions analogues? N'est-il pas évident, par exemple, que la plupart de ces malades verront leur état d'inquiétude s'aggraver si on les prive de toute communication, de toute information sur leur famille et sur leurs intérêts?

Récemment j'ai eu l'occasion de conseiller l'internement, dans une circonstance où il eût été utile ou au moins commode, sinon indispensable. La proposition fut écartée par un argument inattendu : nous craindrions, me fut-il dit, que le fait d'être placé dans un établissement, pour une maladie nerveuse qui ne se traduit, pour les indifférents, que par des irrégularités d'habitudes ou de caractère, ne fît croire à l'aliénation mentale et constituât une tare pour la famille. C'était parfaitement raisonnable.

On dira : peu importe que la méthode de Weir-Mitchell soit plus ou moins facilement acceptée ; la question est de savoir si elle guérit. A cela on peut répondre : non, la question n'est pas de savoir si elle

guérit, mais bien si elle est nécessaire et si d'autres n'arrivent pas plus simplement au même but. Or c'est précisement ce qui sera établi plus loin.

Un autre point intéressant est celui de la facilité d'exécution. En réalité la méthode de Weir-Mitchell, fût-elle la meilleure, ne serait applicable qu'aux privilégiés de la fortune. Pour les neuf dixièmes des malades, il serait dérisoire de parler d'un traitement qui exige, pendant de longs mois, un appartement isolé et confortable, un serviteur et compagnon assidu, d'éducation soignée, de zèle et d'humeur inaltérables, également versé dans le massage, l'électricité, et même la cuisine.

En résumé lorsqu'il s'agit du traitement de la neurasthénie il ne faut pas songer uniquement à celui de l'hystérie et, qui plus est, de l'hystérie psychique. Le traitement de Weir-Mitchell ne peut trouver son emploi que dans des cas très rares et tels que je n'en ai jamais vu. Par exemple, le premier des malades dont je rapporte brièvement l'histoire était certainement dans les conditions les plus rapprochées de celles qu'indique l'auteur américain (émaciation extrême, etc). Probablement même, il avait déjà subi ce traitement ou du moins un très analogue et sans résultat. Il n'en a pas moins guéri par des moyens tout différents et moins pénibles.

On fera donc bien, lorsqu'en présence d'un malade on aura pu prononcer le mot neurasthénie, de ne pas se croire tenu pour cela à évoquer le tableau complet de la méthode de Weir-Mitchell, en lui supposant la valeur d'un traitement spécifique. Il n'y a pas de

spécifique, simple ou composé, contre la neurasthénie. Il n'y a que des conditions et indications individuelles.

Si nous protestons à l'avance contre une extension abusive de la méthode en tant que moyen unique et si nous rejetons ce qu'elle a de rigoureux et d'excessif, nous ne renonçons pas à utiliser à l'occasion ses divers éléments. La diète lactée par exemple et certains détails relatifs à l'alimentation ne doivent pas être négligés. Quant à l'isolement, nous ne l'imposerons pas à un neurasthénique comme une mesure quasi pénale, mais selon les circonstances, nous pourrons lui conseiller d'entrer dans un établissement pour mieux assurer, soit son repos, soit la régularité de sa cure. Mais nous verrons là un avantage de commodité plutôt qu'une indication thérapeutique.

Castration ovarienne.

Pour compléter l'exposé des principaux moyens employés ou proposés contre la neurasthénie je dois mentionner la castration ovarienne. Ce n'est probablement pas sans étonnement qu'on aura lu le titre de ce paragraphe. Le fait est que de tout temps on a été porté à attribuer les troubles de l'innervation, chez la femme, à des altérations de son appareil génital. A l'appui de cette manière de voir on invoquait cette circonstance que l'époque mensuelle est ordinairement marquée par une aggravation des malaises. Pendant fort longtemps on s'est contenté de traiter, suivant ces idées, toutes les manifestations névropathiques, chez la femme, par des moyens locaux relativement innocents, tels que tampons vaginaux, cautérisations diverses du col. Puis

on en est venu à la dilatation du col, au raclage de la cavité utérine. Déjà l'instrument tranchant avait fait son apparition et l'excision du clitoris et des petites lèvres avait fait merveille chez nombre de névropathes.

Depuis quelques années les progrès de la chirurgie ont permis de simplifier le traitement en le rendant plus radical. A des hyperesthésies ovariennes, à des congestions qui sont évidemment de même nature diathésique que celles qui se produisent dans les autres régions, même à des troubles nerveux vagues sans localisation dans l'appareil utérin, on oppose maintenant l'opération de Battey, l'ablation des annexes, de l'utérus même. On ne traite plus l'organe malade ou supposé tel, on l'extirpe, et avec lui on supprime la fonction d'où vient tout le mal. Il n'y a pas lieu de montrer ici combien de pareilles pratiques sont opposées à la réalité, en ce qui concerne la pathogénie des accidents nerveux chez les hystériques et autres névropathes. Le fait est qu'elles sont devenues usuelles dans certaines écoles étrangères. Tout en rendant un hommage légitime aux conquêtes récentes de la chirurgie, nous devons prendre garde que la thérapeutique nerveuse ne dégénère, dans quelques cas, en dilettantisme d'antisepsie absolue et de sutures ingénieuses.

Si au moins ces mutilations avaient pour résultat constant la guérison de la névrose, ou même, si elles étaient réellement sans danger ! mais on est très loin de pouvoir affirmer qu'il en soit ainsi. A la rigueur on les admettrait dans des cas graves d'hystérie. Là elles pourraient s'appuyer sur des théories suran-

nées. Mais dans la neurasthénie? Voici quelques faits dont j'ai été témoin :

Une jeune fille que j'avais traitée autrefois pour une neurasthénie légère consentit à subir la castration ovarienne (un mois avant le jour fixé pour son mariage !) et succomba le lendemain de l'opération.

Une autre neurasthénique avait survécu à une opération encore plus grave, dont le détail exact ne m'est pas connu ; mais son état nerveux n'en fut amélioré en rien et la cicatrice abdominale devint le siège d'une rétraction très pénible.

Une troisième, neurasthénique héréditaire, âgée de trente-sept ans, et dont l'appareil utéro-ovarien était absolument sain, était venue à Paris pour se soumettre à un traitement chirurgical. On lui avait affirmé, prétendait-elle, que c'était le moyen unique et infaillible de guérir sa névropathie. Je pus la dissuader, au moins temporairement.

Enfin une malade, au début d'une neurasthénie, il y a quatre ans, consulta deux chirurgiens qui reconnurent une salpingite et proposèrent l'opération. Un gynécologue fut d'un avis opposé et la dame ne fut pas opérée. Actuellement elle est délivrée de ses troubles nerveux, sans avoir même suivi un traitement local.

Je pourrais ajouter d'autres faits du même ordre mais qui nous éloigneraient du sujet. Ceux que je viens de citer donnent suffisamment à réfléchir.

D'un autre côté, la neurasthénie, pas plus que l'hystérie, ne met les malades à l'abri d'affections communes exigeant l'intervention chirurgicale. Ce n'est évidemment pas dans ces conditions qu'on peut la

réprouver. Mais lorsqu'il s'agit uniquement de remédier à un état névropathique quelconque, une opération n'est admissible que s'il est bien avéré que tous les traitements, et spécialement l'électricité *méthodique*, ont échoué, et que l'existence est immédiatement menacée ou intolérable.

Les femmes névropathes ont une véritable prédilection pour ces expédients hasardeux. Elles y semblent entraînées par une curiosité morbide du danger, par le besoin de grandes émotions, par la perspective d'être les héroïnes d'un drame, fût-il chirurgical. C'est au médecin de réprimer ces fantaisies maladives et non de les seconder. J'aurai plus loin à ajouter quelques mots sur le traitement des affections utéro-ovariennes qui peuvent être liées à la neurasthénie.

A propos de chirurgie une idée se présente assez naturellement. Chez l'homme certains accidents manifestement neurasthéniques sembleraient indiquer la castration bien plus nettement que ceux qui en sont le prétexte chez la femme ; tels, par exemple, le priapisme, les pertes séminales incoërcibles. Il est remarquable que la castration n'ait pas encore été proposée dans ces cas d'abord et ensuite comme traitement régulier de la neurasthénie. Ce serait logique.

Précautions hygiéniques. Régime alimentaire.

Vouloir entrer dans le détail des prescriptions hygiéniques qui doivent accompagner le traitement, serait passer en revue toute l'hygiène, de même que la discussion des médications internes eût exigé un exposé de toute la thérapeutique. Ces prescriptions ressortent en général des circonstances particulières

à chaque cas. Il est évident qu'il faut commencer par supprimer dans les habitudes tout ce qui peut avoir contribué au développement ou à la persistance de la maladie. Toutefois ce qui se rapporte au régime alimentaire a une importance spéciale et cela d'autant plus qu'elle est très souvent méconnue. Je ne fais pas ici allusion aux dyspeptiques avérés pour lesquels la chose va de soi. Mais on rencontre beaucoup de cas où les fonctions digestives sont en apparence normales et où pourtant l'amélioration dépend d'une simple modification de régime. Cela peut s'observer dans des circonstances très diverses. Nous savons que l'arthritisme peut jouer un grand rôle dans la neurasthénie. Dans ce cas la question de régime s'impose d'elle-même. En dehors de l'arthritisme il arrive très souvent, on peut même dire toujours, que le sentiment de faiblesse générale porte les malades, non dyspeptiques, à exagérer leur alimentation. Quelques-uns le font instinctivement parce que en effet l'ingestion des aliments est suivie d'une sensation momentanée de bien-être et d'énergie ; d'autres simplement parce qu'on leur a recommandé, d'une manière un peu vague, un régime réparateur. La plupart obéissent à un raisonnement ; c'est pour combattre l'anémie, disent-ils. L'anémie est leur grande préoccupation. Cette erreur de régime, dont les conséquences sont faciles à comprendre (putréfaction intestinale, anto-intoxication) est la pierre d'achoppement de bien des cures Les malades n'abandonnent qu'avec la plus grande difficulté des habitudes justifiées à la fois par leurs sensations et par leur raison et approuvées par leur entourage. Une jeune dame entre autres,

nullement anémique ni dyspeptique, n'a jamais pu renoncer à manger toutes les trois heures une forte tranche de viande presque crue. Pour des cas de ce genre l'internement serait fort utile. Lorsqu'on est parvenu à modérer l'alimentation dans sa qualité et sa quantité, que surtout on a supprimé l'usage du vin, les malades sont les premiers à reconnaître que les forces se relèvent ; que les vertiges, les phénomènes congestifs, l'insomnie même ont disparu.

Pour d'autres malades au contraire l'alimentation substantielle et les toniques de toute sorte sont nécessaires. Je n'insiste pas sur ce point qui est ordinairement le seul à fixer l'attention.

On voit que pas plus pour le régime alimentaire, que pour les autres conditions hygiéniques il ne peut y avoir de règle unique dans la neurasthénie. Il en est de même pour le traitement.

L'hygiène de la peau est assez souvent négligée, même chez les malades qui font de l'hydrothérapie.

Quant à l'hygiène des fonctions génitales, l'abstention ou la modération sont recommandées d'une façon banale. A ce propos il est utile de parler d'une exception possible, jusqu'à présent peu ou point mentionnée. Chez deux malades la continence, entretenue par des scrupules, était manifestement une des causes de la maladie. Des infractions éventuelles étaient suivies d'une disparition temporaire des symptômes.

Réflexions générales sur la thérapeutique de la neurasthénie.

Est-il possible de tirer de tout ce qui précède une formule générale pour le traitement de la neuras-

thénie ? Evidemment non. A priori il faut se méfier de toute méthode exclusive. Tous les traitements préconisés comptent des succès ; la difficulté est de les appliquer à propos. C'est ici surtout qu'il est vrai que la meilleure médication est celle dont on sait le mieux se servir ; c'est surtout de la neurasthénie qu'on peut dire suivant l'adage connu : il n'y a pas de neurasthénie, il n'y a que des neurasthéniques. Comment parler d'un traitement uniforme, comme s'il s'agissait de fièvre paludéenne ou de syphilis, dans une maladie où se rencontrent les conditions pathogéniques les plus opposées : privations, excès de table, surmenage intellectuel, oisiveté, pouvant se montrer sans cause occasionnelle, comme une simple conséquence de l'évolution de l'individu ; s'associant aux maladies générales les plus diverses : anémie, lymphatisme, goutte, saturnisme, artériosclérose ; entraînant des complications variées ; frappant les deux sexes et presque tous les âges, toutes les classes sociales et pouvant affecter tous les degrés de gravité.

Il faut donc avant tout se pénétrer de cette infinie variété et reconnaître que le traitement doit être multiple comme les causes et comme les formes de la maladie. Le plus large éclectisme sera donc la première règle dans le choix de la médication. La seconde règle est de ne pas combattre les symptômes isolément, à moins qu'ils n'aient le caractère de gravité menaçant déjà mentionné. Cela conduirait à des exagérations de polypharmacie. C'est surtout dans la pathogénie qu'il faut chercher les indications.

Ainsi, absence voulue de parti pris quant aux

moyens thérapeutiques et préférence pour ceux qui sont inoffensifs, commodes et simples; vue claire de la pathogénie des cas; vue qui sera nécessairement hypothétique pour une part (mais c'est là qu'intervient le tact médical dont parlait Beard), telles sont les deux conditions auxquelles il faut s'attacher en instituant le traitement d'un neurasthénique.

Si on se borne à considérer dans son ensemble le traitement de la neurasthénie, il est impossible de donner plus que des indications générales et forcément vagues. Et, si on voulait entrer dans le détail des médications que peuvent motiver les divers symptômes, il faudrait écrire un traité complet de thérapeutique.

Tâchons pourtant de préciser un peu plus et supposons-nous en présence d'un neurasthénique que nous voyons pour la première fois. Nous avons d'abord à résoudre la question de gravité et de pronostic. La neurasthénie, lorsqu'elle est peu prononcée, disparaît souvent sans traitement général, soit spontanément, soit par le seul fait du repos. Dans un cas récent et peu grave, on se bornera donc à insister sur les recommandations hygiéniques, à prescrire des douches, etc. Si, au contraire, la maladie est ancienne, si elle a résisté à divers traitements, on s'assurera d'abord si elle n'est pas entretenue par l'abus des médicaments ou par quelque erreur diététique. En tout cas, on se gardera de prescrire d'emblée, sur le seul énoncé du diagnostic, la médication en vogue.

Si après une quinzaine de jours de soins purement hygiéniques, aucune amélioration ne s'est produite, il faudra passer au traitement actif. En général, on

aura pu se convaincre, par l'observation du malade, que les troubles psychiques, s'il y en a, sont secondaires. Ce n'est donc pas à des moyens de cet ordre qu'il faut donner la première place. Par contre, les désordres nerveux, lors même que la cause occasionnelle a été purement morale, s'accompagnent constamment d'une altération profonde de la nutrition. C'est ce dont témoigne entre autres l'analyse de l'urine qu'il est toujours bon de faire au début d'un traitement. Le traitement général doit donc s'adresser à la fois à l'innervation et à la nutrition. C'est à ce point de vue que nous donnons la préférence à la franklinisation dont il nous reste à tracer l'emploi thérapeutique.

Franklinisation (suite).

Les procédés ont été décrits au commencement de ce travail. La marche à suivre est des plus simples. Pour les malades très excitables ou pusillanimes, comme il s'en rencontre souvent, on aura soin de graduer les applications. Les premières séances pourront être remplies exclusivement par le bain électrique, et la même durée de celui-ci ne sera augmentée que peu à peu, à partir de cinq minutes. Cette prudence excessive, au début, est surtout nécessaire pour les malades hypocondriaques ou animés de préventions contraires. La moindre sensation désagréable leur servirait de prétexte pour abandonner la cure. Une fois les premiers jours passés et surtout le premier soulagement obtenu, on n'a plus à se préoccuper de ce côté.

Une autre précaution, tout aussi essentielle, con-

siste à avertir les malades de la marche probable de l'amélioration. Celle-ci est, en général, très prompte à apparaître et s'accentue rapidement. Mais au moment même où le malade s'en félicite, survient une rechute qui le plonge dans le découragement Cette rechute devait être prévue, ainsi que les suivantes. En effet, la guérison ne devient définitive qu'après une série d'améliorations suivies de rechutes, lesquelles vont en s'atténuant et s'espaçant.

Il est très rare que les divers symptômes ou complications de la neurasthénie réclament des applications spéciales. Très habituellement les procédés communs, en améliorant l'état général, suffisent à faire disparaître les symptômes surajoutés. Néanmoins quelques moyens thérapeutiques supplémentaires peuvent être utiles. Il en sera question plus loin.

La durée moyenne du traitement est de un à quatre mois.

Les précautions hygiéniques qu'il réclame sont nulles. Presque nulles aussi les contre-indications qui se réduisent à ceci : suspendre le traitement pendant la période menstruelle chez les femmes sujettes à des ménorrhagies ; ne jamais l'appliquer dans les cas compliqués de maladie de Basedow. J'en ai donné la raison ailleurs ; c'est simplement la grande diminution de la résistance électrique qui est de règle en pareille circonstance.

Cette deuxième contre-indication pourrait porter à croire que les affections, et spécialement les lésions organiques du cœur, sont un motif de s'abstenir de l'électrisation statique. Il n'en est rien ; je puis même dire : au contraire.

Degré d'efficacité de la franklinisation.

Je puis affirmer que, sauf dans le cas d'artériosclérose manifeste, j'ai vu guérir tous les malades traités par la franklinisation, quelle que fût la gravité apparente de leur état.

A ce propos je ferai remarquer que la plupart des malades que j'ai traités, sinon tous, avaient épuisé la liste des médications en usage.

De plus, beaucoup d'entre eux ont pu suivre leur cure sans changer de milieu, plusieurs même sans modifier notablement leurs habitudes, sans abandonner leurs affaires et presque tous sans s'astreindre à une diététique sévère. C'est précisément ce qui motive mon scepticisme à l'égard des cures rigoureuses, lointaines et coûteuses.

Mode d'action de l'électricité dans la neurasthénie.

Ce qui a été dit des effets physiques et physiologiques de la franklinisation peut déjà faire pressentir son mode d'action dans la neurasthénie. On ne doit pas s'attendre sur ce point à une explication plus complète que ne le permet l'état de la science, aussi bien pour l'électricité que pour tous les autres agents thérapeutiques. J'ai d'ailleurs traité ce sujet dans un autre travail. On peut admettre, comme fait fondamental fourni par l'expérience, que la franklinisation exerce sur les fonctions d'innervation et de nutrition une influence à la fois stimulante et régulatrice. Elle serait donc tout indiquée dans la neurasthénie. Mais on a le droit de ne pas se contenter d'un simple postulatum et il est bon d'apporter quelques faits à l'ap-

pui de cette manière de comprendre l'action thérapeutique de la franklinisation.

En ce qui concerne l'innervation, les propriétés stimulantes de l'électrisation statique sont suffisamment connues. Les propriétés régulatrices ressortent de ce fait, entre autres, que le simple bain électrique provoque l'insomnie chez les sujets dont le sommeil était antérieurement bon et ramène au contraire le sommeil, si celui-ci faisait défaut. Une action analogue s'observe dans le cas d'agitation ou de dépression nerveuses. Cette efficacité en deux sens opposés se montre au maximum dans les phénomènes hystériques (V. *Leçons de M. Charcot*, *Revue de méd.*, 1882, et mes *Etudes sur les æsthésiogènes*, *Arch. de Neur.*). Elle peut encore se déduire de ce fait général, que l'électrisation statique agit d'une façon beaucoup plus marquée chez les sujets dont l'innervation est troublée, que chez les autres.

Pour la nutrition et en particulier pour les fonctions digestives les résultats de l'observation ne sont pas moins significatifs. Un des effets immédiats de la séance d'électrisation, que la plupart des malades signalent spontanément, est le besoin impérieux de manger. La nutrition est aussi rapidement améliorée dans le cours du traitement électrique. C'est ce que montrent les analyses d'urine que nous avons l'habitude de demander, autant que possible, périodiquement aux malades. D'un examen à l'autre on constate l'augmentation de l'urée, la diminution de l'acide urique. L'accroissement du poids du corps vient témoigner dans le même sens.

En présence de cette activité imprimée par l'élec-

tricité aux phénomènes chimiques de la nutrition on doit se demander si la médication électrique n'est pas en conséquence contre-indiquée dans les cas où il y a dénutrition, émaciation, azoturie, phosphaturie, etc. J'ai pu, en toute occasion, constater qu'il n'en est rien. Par exemple, un négociant d'une trentaine d'années, neurasthénique, se plaignait, outre la dépression des forces et la fatigue intellectuelle, d'un amaigrissement rapide. Dans les derniers temps il perdait régulièrement un kilogramme de son poids par semaine. L'analyse de l'urine accusait 40 grammes d'urée par vingt-quatre heures et une augmentation proportionnelle des phosphates. La diminution de poids fut arrêtée dès la première semaine du traitement et remplacée, à la fin de la seconde, par une augmentation qui ne fit que progresser. En moins de deux mois le malade put reprendre ses occupations. Un autre malade, atteint d'une neurasthénie plus grave, présentait, sous le rapport de l'émaciation rapide et de la composition de l'urine, des conditions identiques à celles du précédent. Il fut de même très amélioré dans l'espace d'un mois et put partir pour un voyage obligé. En même temps que ces deux malades je voyais un autre neurasthénique, homme de quarante ans, tendant à l'obésité. Il suivait le traitement depuis quatre mois et avait perdu 12 kilogrammes de son poids tout en gagnant des forces et de l'entrain. Pour celui-ci, malheureusement, l'urine ne fut pas examinée.

L'analyse de l'urine, dans les cas de neurasthénie traités par l'électricité, nous montre encore des modifications plus remarquables. Non seulement les élé-

ments normaux reviennent au taux physiologique, mais les éléments anormaux disparaissent (variétés d'albumine, indican, etc.). Une jeune fille de vingt ans, neurasthénique et dyspeptique, présentait depuis deux ans cette albuminurie intermittente décrite récemment par Pavy. La dernière analyse, faite en commençant la cure, montrait l'albumine habituelle. Une autre, faite après un mois de traitement n'en donnait plus trace, pour la première fois depuis deux ans. La guérison s'est maintenue.

Parmi ces éléments anormaux de l'urine, le sucre tient la première place. On constate assez fréquemment sa présence chez les neurasthéniques ; soit que la glucosurie doive être considérée dans ce cas comme une manifestation de la neurasthénie ou bien que celle-ci ne soit elle-même que l'expression d'un diabète commençant. Quelle que soit l'interprétation, le fait est que, sous l'influence de la franklinisation, la quantité de sucre diminue rapidement et si elle n'est pas excessive, le sucre disparaît. Un malade était traité sans succès depuis huit ans environ pour une sciatique accompagnée de symptômes neurasthéniques. On trouva une glucosurie, à la vérité très faible, 7 grammes par jour. La franklinisation la fit disparaître très vite ainsi que les accidents nerveux. En moins de trois mois la guérison était complète; elle ne s'est pas démentie depuis huit ans.

En général dans la glucosurie, la franklinisation détermine, tout au moins, une diminution notable de sucre. En un mois, par exemple, le sucre primitivement à 60 grammes tombe à 30 par jour. Cela se voit surtout, mais non exclusivement, pour le diabète *gras*.

Un chimiste atteint de diabète ne manque pas de venir reprendre son traitement à la Salpêtrière dès que sa glucosurie atteint un certain taux. Il a réussi de cette façon à enrayer les progrès de la maladie depuis plusieurs années. Mais voici un fait encore plus frappant à la fois par son caractère de notoriété et par la gravité tout exceptionnelle du cas. M. Charcot a montré dans ses leçons un malade atteint de paraplégie diabétique, dont l'histoire a été publiée dans les *Archives de neurologie de cette année* (1890). A son entrée, ce malade présentait une polyurie considérable, plus de 16 litres par jour et 1050 grammes de sucre. Je laisse de côté tout ce qui ne concerne pas immédiatement le diabète. On institua d'abord le traitement habituel, c'est-à-dire régime alimentaire spécial et médication interne : bromure, etc. La glucosurie ne fut pas modifiée. Le malade fut alors traité exclusivement par l'électricité. En le présentant de nouveau à son auditoire, trois mois plus tard, M. Charcot constatait la disparition presque complète de la paraplégie, l'amélioration considérable de l'état général et annonçait que la quantité de sucre éliminé était tombée à 360 grammes au lieu de 1050 et que la polyurie était réduite de plus de moitié.

Une conclusion à tirer incidemment de ce qui précède serait que la franklinisation est le meilleur traitement du diabète. Ce n'est pas là ce que j'ai voulu établir; il y aurait d'ailleurs à faire des distinctions. Mais cette action modératrice de l'électricité statique sur la production du sucre, outre qu'elle peut être utilisée dans les cas, assez rares, il est vrai, où la neurasthénie s'accompagne de glucosurie, est une preuve

de plus de l'influence de l'électricité sur la nutrition.

Donc, pour nous résumer sur ce point, on peut considérer comme résultant de l'expérience, le fait que l'électrisation statique agit en régularisant l'innervation et la nutrition.

Cette notion d'une action thérapeutique régulatrice manque il est vrai de précision ; elle n'implique pas un mécanisme physiologique bien net. Telle qu'elle est pourtant, elle répond, on vient de le voir, à des faits positifs d'observation. De plus elle n'est pas spéciale à l'électricité ; on l'invoque dans d'autres médications : les alcalins, l'hydrothérapie. Et on sait que le même régime alimentaire peut produire, suivant les individus, soit la diminution, soit l'augmentation de l'embonpoint.

Suggestion.

Quelques personnes, pour lesquelles le mot *suggestion* est devenu une clef universelle, voudraient expliquer l'efficacité de l'électricité dans la neurasthénie et les névroses par une simple action psychique. Soit ! Pratiquement, le mécanisme importe peu dès que le fait thérapeutique est accepté. Mais il serait bien remarquable que, parmi tant de moyens, l'électricité statique possédât, seule à un tel degré, le pouvoir de suggestion curative. Au reste j'ai montré ailleurs que la suggestion, entendue dans le sens que l'on voudra, n'a rien à faire dans l'efficacité de l'électricité, laquelle résulte uniquement de modifications physiques et physiologiques. Une discussion plus étendue sur ce sujet serait oiseuse.

Si on avait en vue la suggestion, la franklinisation

aurait d'ailleurs un grave défaut. Elle est trop simple. On peut même dire que cette machine électrique, que tout le monde connaît plus ou moins pour l'avoir vue au collège, dans les cabinets de physique, dans les fêtes foraines, manque un peu de prestige. Son effet sur l'imagination ne peut être comparé à celui des voyages lointains, de l'internement, des grandes opérations chirurgicales et même de la simple douche. Par suite, une idée qui manque rarement de se présenter à l'esprit des malades, après quelques jours de traitement, est de faire l'acquisition d'une machine pour se traiter eux-mêmes. Ce serait une grave erreur ; d'abord pour les raisons communes qui s'opposent à ce que l'électricité thérapeutique soit confiée à des mains non médicales, raisons qu'il serait hors de propos de développer ici, et pour une autre encore. C'est qu'en réalité, les applications électriques ne constituent pas à elles seules tout le traitement. Ainsi une bonne partie de chaque séance, celle occupée par le bain électrique, se passe en une consultation ou si l'on veut une conversation, où le malade a tout le loisir de décrire ses souffrances et le médecin celui de l'étudier et de le conseiller. De cette façon viennent graduellement au jour une foule de détails essentiels sur l'hérédité, les habitudes, l'état psychique du malade, qui avaient été forcément omis dans la première entrevue. Ici encore on pourrait parler de suggestion, mais celle-ci serait d'une espèce à part.

Voilà dans ses traits généraux le traitement qui nous a constamment réussi dans la neurasthénie. La franklinisation en fait tous les frais, avec, bien entendu, l'observation de l'hygiène commune. Ce n'est

que très exceptionnellement que nous avons eu à seconder son action par d'autres moyens thérapeutiques. Nous nous efforçons, autant que possible, à conserver au traitement son caractère exclusivement électrique ; non par suite d'une prédilection systématique, mais pour des motifs plus sérieux. L'expérience nous a montré depuis longtemps que, chez les névropathes, l'emploi simultané de plusieurs médications réussit mal. Chacune d'elles, bien qu'excellente en soi, ne donne plus ses effets habituels et le résultat total est la dépression plus grande des forces. *Le surmenage thérapeutique* est beaucoup plus fréquent qu'on ne croit ; il faut s'en méfier surtout chez les neurasthéniques D'autre part il est évident que, dans un traitement complexe, il est difficile de savoir sur quel élément doit porter la modification qui peut devenir nécessaire.

Avant d'entrer dans le détail des indications qui peuvent résulter des variétés de formes ou de complications de la neurasthénie, je crois utile de rapporter très sommairement quelques cas typiques. Les symptômes communs seront sous-entendus et les particularités individuelles seules mentionnées.

Obs. I. Homme de quarante-cinq ans, robuste. Père bizarre, mère *nerveuse*. Le malade lui-même est doué d'une intelligence remarquable. Premiers troubles nerveux à l'âge de dix ans. A quinze ans les symptômes neurasthéniques s'établissent définitivement. Incapacité de travail, vertiges, casque. Excès vénériens. Plus tard survient la dyspepsie gastro-intestinale. Quand je vois le malade, au printemps de 1887, la dyspepsie avait disparu tout à fait à la suite de

deux saisons à Carlsbad ; mais l'état nerveux ne s'était pas amélioré. Le malade était incapable de lire et de comprendre dix lignes d'un journal. Il affirmait que depuis trente ans il n'avait jamais été capable de cinq minutes d'attention. Le symptôme le plus pénible était le casque. De plus les régions crânienne, cervicale postérieure et dorsale, dans sa partie supérieure, étaient le siège d'une anesthésie complète. Franklinisation avec excitation prolongée des parties anesthésiées.

En quatre mois ce malade fut amélioré au point de pouvoir accepter un emploi. Depuis il est revenu à plusieurs reprises faire par précaution un supplément de cure. La guérison se maintient. Il occupe maintenant et sans effort une situation financière chargée de travail et de responsabilité. Il lit, écrit, étudie quatre ou cinq heures de suite et fréquente le théâtre.

II. Un négociant d'une quarantaine d'années, que j'ai traité en 1882, présentait au plus haut point les symptômes de la neurasthénie cérébro-spinale. Emaciation générale, faiblesse telle qu'il ne pouvait faire quelques pas que soutenu et presque porté par deux personnes. Dyspepsie portée au point que le lait et le bouillon, seuls tolérés, ne pouvaient être pris que par cuillerée. Langue chargée d'un enduit saburral épais. Insomnie presque absolue : le malade comptait par minutes la durée de son sommeil. Dépression profonde de l'activité intellectuelle.

La maladie durait depuis quatorze ans, employés par le malade à parcourir les stations médicales des deux mondes. L'énumération des traitements suivis, avec un insuccès constant, donnait l'aperçu le plus

complet de la thérapeutique du sujet. En dernier lieu il faisait de la polypharmacie et prenait, au dire de son entourage, vingt médicaments différents par jour. Il avait aussi suivi un traitement électrique (courants).

Chez ce malade la franklinisation ne parut pas tout d'abord devoir réussir. Pendant trois mois il n'y eut pas d'autre amélioration que celle que l'on pouvait raisonnablement attribuer à la suspension des médicaments. Mais à partir de ce moment l'amélioration fut rapide ; si bien qu'à la fin du sixième mois la guérison était complète. Depuis quelque temps le malade montait à cheval et faisait de longues promenades lorsqu'il partit pour aller reprendre la direction de ses affaires.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que dans ce cas l'isolement pouvait paraître des plus indiqués. La guérison n'en fut pas moins obtenue par des moyens infiniment plus doux. Le malade n'eut pas à se séparer de sa famille. Il put, dès que ses forces le permirent, jouir des distractions parisiennes. Il avait d'ailleurs, parmi les nombreux traitements suivis, essayé de la méthode de Weir-Mitchell, ou au moins d'une très analogue.

III. Garçon boucher de trente ans. Neurasthénique depuis l'âge de dix-huit ans. Dyspepsie flatulente. Nombreux séjours dans les hôpitaux, où, prétend-il, on avait porté les pronostics les plus graves. Guérison complète en quatre ou cinq mois.

IV. Ouvrier lithographe, vingt-trois ans. Forme cérébro-spinale. Pertes séminales depuis deux ans. Guérison en quatre mois.

V. Négociant, cinquante ans. Forme cérébro-spi-

nale. Dyspepsie. Emaciation. Incapable de tout travail, même de donner une signature. Malade depuis trois ans. Guérison en deux mois.

VI. Négociant, vingt-quatre ans. Forme cérébro-spinale. Traité depuis trois ans dans différentes villes d'Europe pour une dilatation de l'estomac, pour un catarrhe gastro-intestinal. Guéri en deux mois.

VII. Boursier de trente-neuf ans. Forme cérébro-spinale hémiplégique. Incapacité absolue de travail depuis trois ans. Traitements divers, hydrothérapie, etc. Très grande difficulté à marcher, plus grande encore à rester debout à cause d'une sorte d'aura partant des talons. Hypocondrie. Hérédité maternelle. Amélioration très prompte. Guérison complète en huit mois.

VIII. Jeune fille de dix-huit ans, d'apparence vigoureuse. Hérédité arthritique. Surmenage scolaire. Incapacité de travail, céphalée neurasthénique, paralysie du muscle occipito-frontal. Très grande irrégularité du pouls, intermittences fréquentes. Pas de stigmates hystériques. Guérison en deux mois.

Cette liste pourrait être allongée presque indéfiniment. Les quelques faits qui précèdent suffisent à montrer le parti que l'on peut tirer de la franklinisation dans le traitement de la neurasthénie. Ils ne sont pas choisis pour la démonstration et représentent bien les résultats habituels de ma pratique. J'aurai d'ailleurs l'occasion d'en citer quelques autres.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA NEURASTHÉNIE.

Une revue rapide de ces complications permettra

de comprendre comment une méthode en apparence uniforme peut s'adapter à presque tous les cas.

Impuissance génitale. Lorsqu'elle se présente simplement comme un des symptômes d'un état neurasthénique bien accusé, il n'y a pas à s'en occuper. Elle disparaît avec la maladie. Mais très souvent elle existe seule ou presque seule et la neurasthénie n'est, pour ainsi dire, qu'à l'état virtuel. Dans ce cas, il faut la traiter et, pour cela, commencer par se faire une idée de sa pathogénie. Si, par exemple, on admet une congestion spinale, on fera des frictions électriques sur la moitié inférieure du corps J'ai vu ce simple moyen réussir dans des cas traités inutilement par les douches, les pointes de feu, le seigle ergoté et les bromures. S'il y a insuffisance de quelque portion de la musculature de l'appareil génito-urinaire on fera la faradisation percutanée ou uréthrale. En cas d'anesthésie locale, le pinceau électrique, etc. On devra aussi attacher une importance particulière à l'élément psychique, lequel joue fréquemment un grand rôle dans l'impuissance. Je n'entre pas dans les détails qui nous écarteraient du sujet.

Dans une récente publication le Professeur Hammond, de New-York, vante la franklinisation contre l'impuissance. Mais, chose étrange, il ne l'emploie que comme application locale. Un petit fait montre d'ailleurs qu'il est peu au courant de ces minuties. Il attribue à son ancien élève, le docteur Morton, l'invention (si toutefois le mot n'est pas trop ambitieux pour la chose) de deux instruments spéciaux. Or l'un de ces instruments, un simple fil métallique protégé par un tube de verre, était employé par les électriciens

d'il y a cent ans. Quant à l'autre, M. Morton a pu le voir fonctionner, lors de sa visite à la Salpêtrière, il y a une dizaine d'années.

Les pertes séminales auxquelles on a pendant longtemps attribué un rôle étiologique dans les névropathies sont un symptôme en général tenace. Deux ou trois faits, au début de ma pratique, m'avaient même fait admettre qu'elles constituent une présomption d'incurabilité dans la neurasthénie. J'ai reconnu depuis qu'elle n'aggravent que modérément le pronostic ; les frictions électriques en ont parfaitement raison. Un exemple est rapporté plus haut. Les étincelles au contraire sont très nuisibles.

Le priapisme, en général nocturne, est moins fréquent, mais aussi très tenace. Dans un cas, que je n'ai pas eu à traiter, il durait depuis quinze ans.

Affections de l'appareil utéro-ovarien. On a renoncé à voir dans les pertes séminales ou dans les affections locales des organes génitaux chez l'homme l'origine des troubles nerveux. Chez la femme au contraire, une érosion du col, un catarrhe utérin, un léger déplacement, réel ou supposé, de l'organe, une hyperesthésie ovarienne, etc., continuent à être considérés comme les sources de tous les désordres et nous avons vu comment la chirurgie n'est que trop portée à tarir cette source. S'il existe réellement une affection locale, il faut d'abord, là comme ailleurs, s'occuper de l'état diathésique. On verra en effet le plus ordinairement les accidents locaux disparaître spontanément par le seul fait du retour de la santé générale. Mais il peut arriver aussi que l'on soit dans l'obligation d'instituer un traitement spécial. Le plus simple et le

plus sommaire sera le meilleur. Contre l'hyperesthésie de la congestion ovarienne les mouches de collodion élastique, la friction électrique, la galvanisation (anode) percutanée. Existe-t-il du catarrhe utérin, de l'endométrite, ou ces états congestifs, avec augmentation de volume que l'on réunit sous la dénomination d'engorgements? ou bien encore des foyers douloureux dans l'utérus ou les annexes? on a alors un moyen vraiment héroïque ; c'est la faradisation intra utérine, introduite en thérapeutique gynécologique par Tripier. Elle consiste à placer dans la cavité utérine une électrode très semblable à celle que l'on emploie pour l'urèthre de l'homme, à fermer le circuit au moyen d'une autre électrode large appliquée sur l'hypogastre et à faire passer un courant induit pendant quelques minutes. Le choix du pôle sera déterminé par des considérations analogues à celles qui ont été indiquées à propos de la faradisation de la tête (p. 253). On fera très bien aussi, pour rendre plus facile et plus rapide l'introduction de l'électrode utérine, de placer d'abord le speculum et de le laisser pendant toute l'application. Je signale ce point parce que les auteurs qui donnent la technique du procédé conseillent d'introduire la sonde utérine sur le doigt, ce qui est difficile, parce qu'elle doit être très flexible, et par suite peu sûr.

Malheureusement cette méthode, dont on ne saurait à priori imaginer l'efficacité, a deux défauts.

Les praticiens qui sont tout à fait étrangers à la gynécologie la croient difficile et dangereuse. On vient de voir ce qu'il faut penser du premier point. Pour le second, je puis dire que je l'ai pratiquée journellement

pendant longtemps, et même, je l'avouerai, à une époque où les exigences en matière d'antisepsie étaient moindres que maintenant, et que je n'ai jamais constaté ni accident, ni inconvénient.

Quelques médecins, par une sorte de transaction, lui substituent la faradisation vaginale. Les deux manières de faire sont loin d'être équivalentes. L'application vaginale ne possède à aucun degré les mêmes propriétés thérapeutiques. De plus, elle provoque souvent des sensations génésiques qu'il vaut évidemment mieux éviter.

Le second défaut de la faradisation intra-utérine est d'être trop simple. Les gynécologistes et les chirurgiens sont naturellement portés à lui préférer des procédés plus brillants et, suivant eux, plus expéditifs. Une question fort intéressante est de savoir dans quelle mesure la faradisation intra-utérine pourrait remplacer la plupart des opérations plus graves usitées en gynécologie. Mon impression est que cette mesure est très grande. Une discussion sur ce point serait hors de propos. En résumé, dans la neurasthénie, on aura rarement à s'occuper directement des troubles utérins ; et lorsqu'il y aura indication de le faire, c'est à l'électrode qu'il faudra songer et non au bistouri.

L'aménorrhée, la dysménorrhée sont avantageusement combattues par l'électricité (faradisation, galvanisation). Les étincelles sur la région lombaire et l'hypogastre hâtent manifestement, et parfois avec un effet immédiat, l'apparition et l'écoulement des règles. Une dyménorrhée pseudo-membraneuse d'ancienne date cessa par le fait de la faradisation intra-

utérine et une autre par l'effet général de la franklinisation.

Cette action directe sur la menstruation peut être rapprochée de ce qui a été dit à propos des contre-indications.

Salivation. Ce symptôme assez rare est très fatigant pour quelques malades. L'électricité ne fournit aucun moyen de le combattre directement. Il s'amende avec les autres symptômes.

Dyspepsie, Atonie gastro-intestinale. Voici un genre de troubles que l'on a pu accuser avec beaucoup plus de vraisemblance d'être la cause de tous les autres dans la neurasthénie. En réalité, la relation est la même. D'abord ils ne sont pas constants. On trouve un certain nombre de malades qui, toute vérification faite, digèrent normalement. D'un autre côté, la dyspepsie peut disparaître sans que la neurasthénie soit en rien amendée. Cela ne veut pas dire que la dyspepsie ne puisse, par elle-même, donner lieu à quelques symptômes neurasthéniques. Mais dans la neurasthénie proprement dite, les troubles digestifs sont simplement symptomatiques et n'exigent pas un traitement spécial, sauf quelques précautions de régime. La plupart des malades que j'ai eu à traiter avaient déjà été soignés pour de la dilatation de l'estomac, quelques-uns pour de l'hyper ou de l'hypochlorhydrie, etc. Aux uns, il avait été recommandé de s'abstenir de liquides, aux autres, de ne prendre que des liquides. La négligence de ces prescriptions n'a eu aucune fâcheuse influence sur le résultat du traitement.

Constipation. Ce symptôme réclame souvent une

attention spéciale. On y remédie de la façon la plus simple et la plus efficace au moyen d'étincelles, aussi fortes que possible, tirées de la fosse iliaque gauche à chaque séance de franklinisation. Les courants galvaniques et faradiques peuvent aussi être utilement employés.

Hémorrhoïdes. La disposition hermorrhoïdaire joue souvent un grand rôle. Elle exige parfois un traitement spécial et en tous cas contre-indique les fortes excitations de la région lombaire.

Relâchement des parois abdominales ; Prolapsus pariéto-viscéral de Guéniot ; *splanchnoptoses* de Glénard. Il s'agit ici d'une condition à laquelle on a attaché dans ces derniers temps une grande importance pathogénique. J'ai eu moi-même l'occasion de m'en occuper et je crois utile de dire dans quelles circonstances. J'avais depuis longtemps remarqué chez beaucoup de sujets des deux sexes, principalement des femmes ayant eu plusieurs grossesses, mais aussi des nullipares (quelques-unes par suite d'abus du corset), des individus débilités, des vieillards, un relâchement notable des parois abdominales Le ventre était très développé, avec ou sans surcharge graisseuse ; en général, les malades avaient perdu la faculté de contracter volontairement leurs muscles abdominaux. Ils se plaignaient de ballonnement, de constipation et surtout de pesanteur et de tiraillement dans les régions lombaire et sacrée. Quelques femmes s'en plaignaient surtout au point de vue de la déformation de la taille. J'étais fort étonné de ne rien trouver dans les auteurs sur ce sujet lorsque M. Féré me signala un travail publié deux ou trois ans avant par son ancien maître

M. Guéniot (*Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1879). Dans ce mémoire M. Guéniot, après avoir constaté l'absence de toute mention concernant des faits aussi ordinaires, décrit avec soin ce qu'il appelle le *prolapsus graisseux* de l'abdomen. Il annonce qu'il s'occupera plus tard du *prolapsus pariéto-viscéral.* Ce nom seul était suffisamment significatif ; il prouvait que les faits qui m'avaient frappé avaient déjà été vus et bien vus. Je m'étais proposé de les désigner sous le nom de fausse obésité ou de parésie abdominale ; le nom proposé par M. Guéniot est préférable.

C'est sur des observations de ce genre que M. Glénard a édifié sa doctrine de l'entéroptose. Il considère le déplacement ou le défaut de contention des viscères comme une origine très fréquente, sinon constante, de troubles nerveux divers et comme pouvant notamment déterminer la neurasthénie. A ce sujet, il y aurait lieu de répéter ce qui a été dit de la dyspepsie et des affections utérines et des pollutions. Il suffit de faire remarquer que tous les cas d'entéroptose ne s'accompagnent pas de neurasthénie, tant s'en faut ; que la plupart des neurasthéniques ne présentent pas d'entéroptose ; enfin que lorsque l'entéroptose existe chez des neurasthéniques, il ne suffit pas d'y remédier pour améliorer l'état nerveux Il est donc plus rationnel, lorsque des signes de prolapsus viscéral existent chez un neurasthénique, de les considérer comme résultant de la débilité générale de l'organisme.

Quoi qu'il en soit de la signification exacte du prolapsus pariéto-viscéral chez les neurasthéniques, il n'en mérite pas moins une attention particulière. Ceci

nous ramène à la question du traitement. M Glénard emploie la contention mécanique, ceintures et bandages. La ceinture à bretelles et sous-cuisses imaginée par M. Guéniot est particulièrement recommandable, surtout lorsque le ventre est saillant. On sait combien est épineux, dans la pratique, ce chapitre des ceintures abdominales. Mais ce ne sont là que des moyens palliatifs.

L'indication curative est de rendre aux parois et aux organes abdominaux leur motilité et leur tonicité. C'est ce que réalise très facilement l'électrisation localisée (franklinienne, faradique ou galvanique). Je citerai entre autres une femme de soixante-cinq ans, atteinte de prolapsus pariéto-viscéral type. Ses muscles abdominaux avaient perdu toute réaction électrique. La malade employait, pour définir la sensation produite par cette atonie, une expression pittoresque: il lui semblait, disait-elle, que son ventre était un sac attaché devant elle. Depuis sa jeunesse elle n'avait de garde-robes qu'à l'aide de laxatifs. Sous l'influence de l'électrisation localisée, la motilité et la réaction électrique reparurent et les selles devinrent spontanées et régulières.

Occlusion intestinale. A la rubrique *atonie pariéto-viscérale* peut se rattacher l'occlusion intestinale, au moins dans certains cas. On sait que ce genre d'accident est souvent traité avec succès par l'électricité. L'efficacité de celle-ci ne se comprendrait guère s'il y avait réellement un obstacle matériel. Plusieurs faits me portent à croire que dans les cas heureux il s'agissait simplement d'un trouble de l'innervation intestinale. Certains sujets présentent une propension

singulière aux récidives de cette affection. L'avant-dernière malade que j'ai traitée en était à sa deuxième atteinte. La dernière était une fillette de dix ans, manifestement nerveuse. Elle avait déjà eu des accidents de même nature. On pratiqua la laparotomie qui ne fit découvrir ni accumulation de matières, ni étranglement. Le cours des matières se rétablit spontanément après l'opération, malgré l'ouverture d'un anus artificiel, et s'interrompit de nouveau après quelques jours.

L'opinion, émise par M. Cherchewski, qu'il s'agit dans beaucoup de ces cas d'un phénomène purement névropathique, est donc très probable. C'est à ce point de vue que l'occlusion intestinale doit être mentionnée à propos de la neurasthénie.

Insomnie. C'est un symptôme assez habituel et parfois très tenace. Le plus souvent il s'amende en même temps que les autres par le seul fait de l'électrisation générale. Lorsqu'il se montre rebelle on y obvie d'une façon presque infaillible par la galvanisation de la tête.

Casque neurasthénique. J'ai parlé déjà de son traitement. Dans deux cas je l'ai vu débuter sous une forme aiguë non fébrile, extrêmement douloureuse et paraissant être un rhumatisme du péricrâne. Souvent le casque a une apparence de douleur rhumatismale.

Artério-sclérose. J'ai déjà mentionné cette exception remarquable à l'efficacité si générale de la franklinisation. Ses premiers et seuls échecs concernent des malades, voisins de la cinquantaine et présentant notamment à un degré très marqué la lenteur et les intermittences du pouls. Un vieux confrère, franche-

ment neurasthénique, avait en outre des névralgies intercostales revenant par accès. La franklinisation ne lui apporta aucun soulagement. Quelques mois plus tard la névralgie avait envahi le bras gauche ; le malade mourut subitement avec des symptômes d'angine de poitrine. Dans un autre cas où un mois d'électrisation fut également sans effet, le pouls était le plus souvent à 40. Détail à noter et qui montre bien les progrès faits en quelques années sur ce point de neuro-pathologie, ce malade venait de chercher des conseils dans une grande ville étrangère et deux des diagnostics portés étaient : méningite chronique et hydrocéphalie congénitale. Le *casque* était chez lui très marqué.

Chez un troisième malade, chimiste distingué, les symptômes de la neurasthénie cérébro-spinale étaient aussi très accusés, avec dyspepsie. Il venait d'être très attentivement traité à ce dernier point de vue et dosait à la balance sa ration alimentaire en matières protéiques, hydro-carbonées, en solides, liquides, etc., mais n'avait encore éprouvé aucune amélioration. L'électrisation statique, qu'il voulut continuer chez lui, ne réussit pas davantage. Le pouls continuait à ne guère dépasser 40. Si je n'avais pas perdu de vue ce malade je lui aurais conseillé la caféine, la teinture de muguet ou tout autre stimulant cardiaque. Cet ordre de moyens, que je me suis décidé à employer dans d'autres cas, a donné des résultats relativement satisfaisants. Ainsi chez un malade à la fois neurasthénique, arthritique, syphilitique et artérioscléreux, déjà traité sans grand résultat par l'électricité, l'usage de la teinture de muguet a été suivi d'une amélioration évidente de l'état général, mais sans changement du

côté du pouls. Il est à remarquer que le malade ayant dû reprendre dans ces conditions le traitement spécifique, la circulation ne fut pas modifiée par l'emploi soutenu de l'iodure de potassium à haute dose.

Je donnerai un peu moins brièvement le résumé d'une observation de la même catégorie, parce qu'elle peut être instructive au point de vue de la direction générale à donner au traitement de la neurasthénie. En 1864, il y a donc vingt-six ans, je voyais un jeune officier. Il avait subi la désarticulation de l'épaule sur le champ de bataille pendant la guerre d'Italie et depuis lors, malgré une apparence robuste, il était en proie à des malaises continuels. Dyspepsie flatulente coexistant avec un gros appétit, vertiges, embarras habituel de la tête, incapacité de travail, pollutions nocturnes, lassitude, etc. La médication fut d'abord dirigée contre la dyspepsie, mais sans résultat pour les autres symptômes. Le bromure de potassium était nouveau ; il ne réussit pas davantage non plus que l'exercice musculaire, l'hydrothérapie et les pointes de feu, celles-ci préconisées par Jules Guérin. Il devenait dès lors probable que le nœud de la difficulté était dans les pertes séminales. M. Désormeaux venait d'inventer son endoscope urétral ; il vit le malade et pratiqua quelques cautérisations sans réussir davantage. Le malade avait été dûment traité suivant les idées du jour et par les médications nouvelles. Mais si on avait songé à modifier son régime et à diminuer cette alimentation exagérée, comme quantité et qualité, dont il avait conservé l'habitude depuis la convalescence de sa grave blessure, le résultat aurait été tout autre.

Il y a trois ans, ce malade que j'avais perdu de vue vint me demander de lui faire suivre un traitement électrique. Pendant les vingt-trois ans qui s'étaient écoulés il avait continué à consulter les médecins et à se traiter. La dyspepsie persistait, les vertiges avaient changé de caractère. De congestifs qu'ils paraissaient être, ils avaient passé à une forme syncopale. D'autres accidents étaient venus s'ajouter : il se faisait de temps à autre des poussées d'endocardite ou de péricardite. Au moment où je vis le malade il n'y avait qu'un léger bruit de souffle (qui disparut plus tard) à la pointe du cœur, mais les contractions étaient faibles avec de fréquentes intermittences. Tout cela n'était guère encourageant. Je consentis néanmoins à la cure demandée. Les quinze premiers jours de franklinisation n'amenèrent pas d'effet notable, malgré le soin que j'avais eu de réformer le régime. L'asthénie cardiaque continuait à être inquiétante. La teinture de muguet fut alors prescrite et l'amélioration se prononça aussitôt, tant pour l'état général que pour la circulation. Au commencement de l'automne, après deux mois de traitement, le malade quittait Paris dans de très bonnes conditions de santé. A la fin de l'hiver suivant il m'écrivait qu'il n'avait jamais passé une aussi bonne saison.

Ces deux derniers faits pourraient atténuer un peu la signification fâcheuse que j'ai attribuée à l'artériosclérose au point de vue des indications de la franklinisation. Il ne m'en paraît pas moins établi que lorsque cette condition morbide est constatée dans un cas de neurasthénie, il vaut mieux ne pas le traiter par l'électricité.

On ne manquera pas de remarquer cette absence de tout effet stimulant, direct, de la franklinisation sur le cœur. Je n'ai jamais pu réussir à constater, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, une modification du nombre des pulsations par le bain électrique. Cette circonstance doit rassurer les médecins qui redoutent l'emploi de l'électricité statique en cas de complications cardiaques.

Il y aurait peut-être un moyen d'activer électriquement les battements de cœur; n'ayant pas eu encore l'occasion de l'expérimenter, je ne m'y arrête pas.

Impotence fonctionnelle. — Diskinésie professionnelle. — D'après les idées admises sur la nature de ces affections, on doit s'attendre à les rencontrer souvent, unies aux autres manifestations de la neurasthénie. Elles ne seraient, en effet, que des neurasthénies partielles, engendrées par un surmenage spécial, par l'abus d'une fonction. Or l'observation montre qu'il est au contraire très rare de voir des neurasthéniques affectés de crampes des écrivains ou de phénomènes analogues. L'explication de ce fait devient très simple si on accepte la manière de voir que j'ai proposée, dans un autre travail, sur la pathogénie des impotences fonctionnelles.

L'examen d'un grand nombre de faits m'a convaincu que l'impotence fonctionnelle n'est pas un simple trouble survenant dans un centre de coordination spécial par suite de l'excès de la fonction et qu'elle n'est pas davantage une manifestation indépendante de l'état général.

On voit, par exemple, la crampe des écrivains se produire chez des sujets qui n'écrivent que peu ou

point et l'impotence n'est pas limitée à cette fonction spéciale. Elle se montre également à des degrés divers dans les autres usages du membre, suivant la précision des mouvements qu'ils exigent et suivant les muscles affectés. Il n'y a donc pas à invoquer la perte d'une faculté spéciale et acquise de coordination. De plus la santé générale est toujours manifestement atteinte ; on constate l'existence d'un état névropathique et surtout diathésique. Le trouble fonctionnel lui-même provient simplement d'altérations siégeant dans les nerfs périphériques (névrites frustes) ou dans d'autres portions de l'appareil locomoteur (myosites, ténosites) ou encore dans l'appareil circulatoire (troubles de l'innervation vaso-motrice, artério-sclérose). Et ce qui, en dehors de la constatation directe, vient à l'appui de cette manière de voir, c'est la coexistence presque constante d'autres manifestations de même nature ; c'est encore le bon résultat du traitement institué dans cette direction, tandis que les dyskinésies traitées comme des névroses de la coordination sont incurables.

Etant donné ce mécanisme de l'impotence fonctionnelle, on comprend qu'elle n'accompagne pas plus fréquemment la neurasthénie, même lorsque celle-ci est le résultat évident d'un surmenage. En fait je n'ai guère vu la neurasthénie se compliquer de phénomènes pouvant être qualifiés d'impotence fonctionnelle que sept ou huit fois. Ces quelques cas peuvent se diviser en deux catégories. Dans l'une, l'impotence était un symptôme purement neurasthénique et a disparu avec la maladie principale. Dans l'autre, elle était une affection née sans doute sous les mêmes in-

fluences diathésiques que la neurasthénie, mais en réalité indépendante de celle-ci. Elle a persisté et n'a cédé qu'à un traitement spécial.

Voici les faits : une jeune fille de seize ans, neurasthénique par suite de surmenage scolaire, présente en même temps une crampe des écrivains. Sous l'influence du traitement, la neurasthénie s'améliore rapidement et la crampe disparaît en même temps.

Chez une autre jeune fille dans les mêmes conditions, la crampe persiste après la disparition des symptômes neurasthéniques. Il y avait atrophie dégénérative des muscles innervés par le radial.

Chez un homme de cinquante ans, neurasthénique, impotence fonctionnelle caractérisée à la fois par la faiblesse générale et par des secousses cloniques des fléchisseurs de la main. Le trouble fonctionnel disparaît en même temps que la maladie principale.

Un homme de quarante ans, en traitement, présente, outre la neurasthénie, une crampe d'écrivain à forme tonique.

Le malade mentionné plus haut, artério-scléreux syphilitique, est atteint d'une crampe des écrivains de date plus ancienne que sa neurasthénie, et qui n'a pas suivi une marche parallèle.

Chez un autre neurasthénique à forme hémiplégique, l'impotence fonctionnelle (crampe des écrivains) est simplement caractérisée par la fatigue et l'apparition d'une douleur fixe (Il avait eu aussi des zonas du côté affecté).

On ne confondra pas la difficulté de certains mouvements occasionnée par la faiblesse musculaire gé-

nérale, avec la véritable impotence fonctionnelle.

Quand celle-ci existe, elle paraît donc pouvoir être de deux sortes ; ou bien un symptôme neurasthénique, ou bien une affection indépendante. La distinction sera possible lorsqu'on pourra constater une des altérations locales indiquées plus haut. Dans le cas contraire le résultat du traitement décidera seul le diagnostic.

Agoraphobie, etc. On sait que ce genre de symptôme est des plus rebelles lorsqu'il se présente sous forme essentielle. Comme symptôme neurasthénique il n'aggrave pas notablement le pronostic. Il ne réclame pas de traitement spécial.

Quant aux *vertiges*, on aura le plus souvent à s'en préoccuper. Nous avons dit, à propos de la faradisation, comment l'électrisation devait être réglée suivant leur nature présumée (Anémie cérébrale, poussées congestives). En cas d'anémie cérébrale, la faradisation ou la galvanisation *positives* des carotides seraient rationnelles.

Paralysie saturnine. Dans un cas, une atteinte de paralysie saturnine, à forme classique, avait marqué le début d'une neurasthénie grave : émaciation et amyosthénie ou mieux parésie générales. Les réactions électriques seules faisaient reconnaître les muscles atteints par la paralysie toxique, de ceux simplement parésiés. C'étaient les muscles habituels des avant-bras, y compris les supinateurs, et quelques-uns des épaules. Chez ce malade, un jeune artiste peintre, la cause prédisposante de la neurasthénie avait probablement favorisé l'intoxication, car il avait déjà eu plusieurs atteintes, bien qu'il ne se fût pas exposé

davantage que ses camarades. La franklinisation eut raison à la fois des deux affections.

Au point de vue des réactions, ce malade était entièrement à comparer avec une autre, une femme chez laquelle l'intoxication, dont l'origine est restée mystérieuse, avait frappé également les membres supérieurs et les inférieurs, tandis que chez lui, l'extension de la paralysie aux membres inférieurs n'était qu'apparente et simulée par la neurasthénie.

Formes et associations de la neurasthénie. — Au point de vue de la pathologie et de la nosographie il y aurait à établir des distinctions suivant que la neurasthénie est héréditaire ou acquise, qu'elle est liée à d'autres maladies générales, dyscrasiques, toxiques, infectieuses, qu'elle est compliquée d'autres états névropathiques, hypocondrie et surtout hystérie, ou encore qu'elle marque le début de l'aliénation comme j'en ai vu deux cas, etc. En ce qui concerne le traitement, toutes ces circonstances n'ont pas d'intérêt immédiat. C'est toujours dans l'innervation et la nutrition que se trouvent les indications dominantes et nous avons vu que la franklinisation leur répond de la façon la plus générale en vertu de son action stimulante et eutrophique.

Un fait mérite particulièrement d'être mis en relief, c'est la relation étroite de la neurasthénie avec l'arthritisme. La neurasthénie et l'hystérie, dit très bien Huchard, sont dans la plupart des cas des névroses arthritiques (Huchard, *Maladies de cœur*, page 28). Comme l'arthritisme est une condition extrêmement fréquente, surtout dans notre race, on pourrait croire qu'il ne s'agit que d'une coïncidence. L'obser-

vation montre qu'il y a quelque chose de plus ; car on voit souvent les manifestations de la neurasthénie alterner avec celles de l'arthritisme de la même façon que celles de ce dernier alternent entre elles.

L'auteur que je viens de citer émet à ce propos des vues d'une haute valeur pratique sur le traitement diathésique de ces deux affections ; mais il commet une erreur évidente en partant de l'électricité. Il la mentionne sans spécification et la met sur le même rang que la métallothérapie, en ajoutant qu'elle ne s'adresse qu'aux accidents. Cela peut être juste pour les deux autres méthodes, mais ne l'est pas pour la franklinisation.

De quelques circonstances qui peuvent influer sur l'efficacité et la durée du traitement.

La forme de neurasthénie dont le pronostic est le plus favorable, bien qu'elle ne cède jamais spontanément, est celle que l'on pourrait appeler torpide, caractérisée surtout par des phénomènes de dépression et par la dyspepsie flatulente. Cette dernière est d'un très bon augure.

Lorsque, au contraire, les symptômes d'irritabilité, l'agitation, l'insomnie, dominent, le traitement est plus difficile au début et la première amélioration plus lente à se produire.

Chose remarquable, l'hérédité n'aggrave pas le pronostic, au moins en ce qui concerne le résultat thérapeutique immédiat. Il en est de même de l'hystérie, même à forme psychique. Celle-ci d'ailleurs ne cons-

titue un obstacle qu'autant qu'elle est de nature à empêcher le malade de suivre sa cure avec la régularité nécessaire.

J'ai parlé plus haut de la signification pronostique des pertes séminales et de l'inefficacité absolue de la franklinisation dans la neurasthénie liée à l'artériosclérose.

Voici maintenant une autre catégorie où des conditions d'un ordre tout différent viennent faire échec au traitement électrique, non parce qu'il serait réellement insuffisant, mais parce qu'il ne peut être effectivement mis en œuvre. Les névropathes de tout genre présentent souvent, comme on le sait, de l'hypocondrie ; certains sont franchement nosomanes. Quelques neurasthéniques vrais sont dans ce cas, soit en vertu d'une disposition antérieure, soit que la succession de divers traitements infructueux ait développé chez eux l'habitude de raisonner sur leurs malaises. Ils arrivent à étudier leur maladie d'abord dans des ouvrages de vulgarisation, puis dans les autres. C'est ainsi que des publications du genre de celle-ci, par exemple, sont lues par les malades, autant, sinon plus, que par les médecins. On est souvent étonné de voir des gens qui se plaignent de leur incapacité intellectuelle dépenser une notable somme de travail dans la lecture des livres de médecine. Une dame que j'ai traitée citait avec assez d'à-propos les aphorismes d'Hippocrate.

Ils consultent le plus de médecins possible ; mais ils n'ont de confiance qu'en un seul, eux-mêmes. Ils font un choix dans les prescriptions qu'ils recueillent et n'en suivent exactement aucune. La plupart rédi-

gent sur leur santé des mémoires qu'ils vont soumettre aux médecins. M. Charcot dit dans ses leçons que bien souvent son diagnostic est fait, avant que le malade ait parlé, rien qu'à la vue du factum, rarement court, que celui-ci tire de sa poche. D'autres malades ont une véritable érudition en fait de nouveautés thérapeutiques sérieuses et autres et essaient un peu de toutes. Ils sont *pharmacomanes*.

Ces bizarreries peuvent revêtir toutes les formes : elles sont suffisamment connues, mais voici en quoi elles nous intéressent.

Parmi ces malades les uns se laissent persuader et tout en faisant leurs théories ils suivent le traitement. Ceux-là rentrent dans la catégorie générale. Les autres ne cèdent que pour un temps ; en réalité ils n'abdiquent par la direction de leur cure. Ils la compliquent presque toujours, et sans le dire, d'autres médications ; ou bien ils l'abandonnent sans motif. Avec eux le traitement n'aboutit pas, simplement parce qu'il n'est pas suivi. C'est pour eux que l'isolement et même la contrainte seraient nécessaires ; mais c'est précisément à eux qu'il serait difficile de l'imposer.

D'autres arrivent au même résultat négatif par une voie différente. Ils appartiennent en général à la classe riche et n'ont d'autre tort que de porter à l'extrême le goût des spécialités. Ils ont autant de médecins et souvent à l'insu les uns des autres, qu'ils croient avoir de maladies différentes. Vous traitez depuis quelque temps une dame pour la neurasthénie, et un beau jour elle vous dit qu'elle vient de chez votre confrère X... qui la traite pour une affection utérine. Vous laissez voir quelque surprise ; la malade

répond qu'elle ne croyait pas que cela eût rien à faire avec l'électricité, mais puisque cela paraît vous intéresser, elle peut vous apprendre qu'elle va aussi chez M. Y... pour son larynx et ainsi de suite pour son estomac, son anémie, etc.

Dans ce dernier cas, la cause infaillible d'insuccès est la multiplicité des médications et surtout le *défaut d'unité dans la direction du traitement.*

En effet et d'une manière générale, le traitement ne peut être méthodique et efficace que s'il est conduit avec l'unité de vues et la persistance nécessaires. Je termine sur cette proposition qu'il serait trop long et peut-être délicat de démontrer en détail.

Voilà, aussi brièvement que possible, ce qu'il m'a paru nécessaire de dire sur le traitement de la neurasthénie. On remarquera que, dans son ensemble, ce traitement est aussi celui de l'hystérie. Pourtant je n'ai pas voulu réunir les deux choses.

Dans l'hystérie et dans la neurasthénie, nous trouvons, il est vrai, des indications générales analogues en ce qui concerne l'innervation et surtout la nutrition ; mais il y a de plus les phénomènes psychiques et les accidents locaux qui exigent une thérapeutique spéciale.

APPENDICE

LA NEURASTHÉNIE
AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Responsabilité des neurasthéniques à symptômes psychiques. — Neurasthénie et vagabondage. — Responsabilité des compagnies en présence de la Neurasthénie et de l'Hystéro-neurasthénie traumatiques. — La simulation de la Neurasthénie.

Ce chapitre nouveau de l'étude de la neurasthénie, qui n'a pas encore été traité d'une manière spéciale, ne nous arrêtera que quelques instants : il ne peut en effet qu'être esquissé, dans l'état actuel de la question. Les observations manquent pour lui donner la valeur scientifique et précise qui lui sera peut-être accordée plus tard ; il ne peut jusqu'à présent donner lieu qu'à des considérations générales qui ne nous paraissent pas cependant dénuées d'intérêt.

La question médico-légale pourrait un jour être

soulevée à différents points de vue à propos de la neurasthénie.

1° Il y a un état mental spécial à l'épuisement nerveux que nous avons décrit : jusqu'à quel point cet état mental pourrait-il, dans une circonstance donnée, être considéré comme ayant diminué la responsabilité de l'inculpé ? La neurasthénie peut-elle déterminer, par certaines de ses manifestations psychopathiques, une de ces formes de la responsabilité atténuée dont on parle tant aujourd'hui ? Quel rapport doit-on admettre entre la neurasthénie et le vagabondage dont la concomitance paraît nettement établie dans un grand nombre de cas ?

2° Dans quelle mesure est engagée la responsabilité pécuniaire d'une société ou d'un individu ayant déterminé par accident l'apparition de la neurasthénie ou de l'hystéro-neurasthénie traumatiques ?

3° Peut-on simuler la neurasthénie ? dans quel but ? Est-il possible de dépister cette simulation ?

Telles sont les principales questions qui pourraient être un jour ou l'autre posées et qui ont été déjà, dans quelques cas, l'objet d'examens médico-légaux.

Responsabilité des neurasthéniques.

Nous avons vu que l'épuisement nerveux produit dans certaines circonstances et chez certains sujets d'assez nombreux troubles psychiques dont le caractère fondamental est une diminution générale de la valeur intellectuelle et morale du sujet neurasthénique.

Il y a, dit Beard, une « diminution du contrôle men-

tal » qui peut évidemment atténuer le degré de responsabilité : l'aboulie et le défaut de résistance personnelle aux impressions extérieures et aux sensations intérieures qui appartiennent à l'état mental des neurasthéniques, déterminent une réelle diminution de ce qu'on est convenu d'appeler le libre arbitre.

Il pourra donc se faire qu'en raison de son aboulie un neurasthénique se laisse plus facilement entraîner dans une voie illégale sinon criminelle ; il pourra se faire encore qu'en raison de l'irritabilité de son caractère et de son défaut de résistance, un neurasthénique se livre à des actes de violence répréhensibles : et dans ces cas, on aura peut-être le droit d'invoquer, pour son excuse, la diminution plus ou moins notable de sa responsabilité consciente.

Sans doute ici les nuances sont délicates et l'interprétation médico-légale de ces états psychiques est des plus difficiles : il n'est cependant pas indifférent de savoir, à ce point de vue, que l'épuisement nerveux peut être, dans certains cas, considéré comme la cause plus ou moins active d'une des nombreuses formes de ce qu'on appelle la responsabilité atténuée. Il sera donc indiqué, en présence d'un inculpé présentant des phénomènes neurasthéniques, de rechercher quel est exactement son état mental et quels rapports il peut offrir avec les circonstances du fait incriminé.

Nous ne faisons qu'appeler l'attention sur cette question qui n'a pas encore eu, à notre connaissance, d'applications pratiques en médecine légale. Evidemment s'il s'agit d'une des formes héréditaires de la neurasthénie, avec complications psychopathiques

manifestes, la difficulté n'existe plus et personne ne conteste aujourd'hui l'influence de l'hérédité psychopathique sur la diminution de la responsabilité.

Enfin il sera peut-être intéressant dans certains cas où la responsabilité de l'alcoolisme serait mise en jeu, de se rappeler que la neurasthénie prédispose à l'abus des stimulants, et que, chez les neurasthéniques, l'alcoolisme est plus facile, plus rapide et plus grave que chez d'autres sujets antérieurement sains. Aujourd'hui qu'on tend, avec quelque raison, à faire peser toute la responsabilité des actes commis au cours de l'alcoolisme aigu, sur les fauteurs de ces actes, il pourra être utile de démêler le rôle qu'a pu jouer l'épuisement nerveux dans le développement et l'intensité de l'excitation alcoolique.

Vagabondage et neurasthénie. Les vagabonds ne sont-ils que des neurasthéniques ? Cette question n'est pas seulement intéressante au point de vue nosographique, comme nous l'avons déjà signalé, mais encore au point de vue social et médico-légal. Il y a déjà deux ans, dans ses *Leçons du mardi* (5 février 1889), que le professeur Charcot soulevait ce curieux problème : « Parmi les hystéro-neurasthéniques qui sont admis dans les hôpitaux, on compte une assez forte proportion de gens sans profession avouée, sans domicile fixe, des vagabonds en un mot, qui couchent souvent sous les ponts, dans les carrières ou les fours à plâtre et qui sont exposés à chaque instant à tomber sous le coup de la police. *Serait-ce que le vagabondage conduit à la neurasthénie ou que celle-ci, inversement, conduit au vagabondage ?* Question délicate, intéressante au premier chef et qui

méritera certainement quelque jour d'être l'objet d'une étude approfondie.

« Je serais heureux de voir la question soumise à une vérification en règle ; il y a là, pour ceux de nos confrères qui ont accès dans les maisons de refuge ou de réclusion, un sujet d'étude qui me paraît digne d'exciter leur zèle et qui promet, si je ne me trompe, une ample moisson de faits intéressants. »

Le maître de la Salpêtrière ne s'était pas trompé ; M. Benedikt, de Vienne, s'est attaché avec succès à ce genre de recherches et il vient de publier sur ce sujet un travail plein d'attrait.

M. Charcot n'avait fait que poser la question : la neurasthénie conduit-elle au vagabondage ? ou bien est-ce le vagabondage qui mène à la neurasthénie ? M. Benedikt paraît vouloir la résoudre dans le premier sens : les vagabonds ne seraient le plus souvent que des neurasthéniques vagabonds ; le vagabondage ne serait, en d'autres termes, qu'une forme particulière ou mieux une conséquence de la neurasthénie physique et morale.

Il est d'ailleurs bien évident que tous les neurasthéniques ne sont pas des vagabonds : le vagabondage ne constitue pas, heureusement, un stigmate classique et nécessaire de la maladie de Beard. Mais il suffit de savoir que beaucoup de vagabonds peuvent être neurasthéniques, pour rechercher s'il n'y a pas lieu, au point de vue social et légal, de les considérer comme des malades plutôt que comme des gens « hors la loi ». C'est presque la conclusion générale qui ressort du travail de Benedikt sur *Le vagabondage et son traitement*. En voici au point de vue

qui nous occupe ici un des principaux passages :

« Le vagabondage a des formes diverses; il est simple ou compliqué de criminalité ou d'aliénation mentale. D'un autre côté, il peut être 1° acquis, 2° congénital, mais néanmoins corrigible jusqu'à un certain degré.

« Le vagabondage acquis peut être accidentel ; une catégorie très importante de vagabonds se recrute parmi les convalescents, les individus fatigués ou épuisés par l'excès de travail (neurasthéniques) : la société jusqu'à présent n'a pas procuré assez de secours à ces malheureux.

« Une autre forme du vagabondage acquis, accidentel est provoquée par des crises économiques générales ou individuelles, qui laissent un certain nombre d'individus sans travail, et les entraînent au vagabondage et à la mendicité.

« *Le vagabondage accidentel doit disparaître du code pénal* et devenir un appel obligatoire de secours pour la société. Dans ces malheureux accidentellement sans domicile et sans moyens de subsistance le nom technique de *vagabonds* doit même disparaître de la langue ; ils représentent *des malheureux arrivés au comble de la misère*.

« Le premier élément constituant du vagabondage, ajoute plus loin l'auteur, c'est la neurasthénie physique, morale et intellectuelle, qui rend difficile ou impossible aux individus de gagner leur vie par le travail ou du moins par un travail continuel, régulier et spontané.

« Chez les vagabonds, la neurasthénie morale et principalement la faiblesse de volonté est dominante,

ainsi ils travaillent sous une pression morale, alors qu'ils sont incapables de travailler, abandonnés à eux-mêmes, c'est-à-dire, en liberté. »

Les vagabonds neurasthéniques seraient donc curables et il est important de le savoir pour les empêcher d'aboutir à la criminalité qui est, chez la plupart, à l'état de menace permanente.

Il ne faudrait pas cependant exagérer cette doctrine; il est certes des vagabonds nullement neurasthéniques pour lesquels il faut d'autres lois que les règles de la thérapeutique. Mais il était intéressant de signaler cette nouvelle manière d'envisager certaines formes du vagabondage qui peut transformer, dans certains cas, les conditions médico-légales habituelles de cette anomalie sociale.

D'autre part, n'est-il pas permis d'admettre que le vagabondage indique une réelle déséquilibration de l'esprit, un véritable état psychopathique qui mériterait d'être traité comme une variété de l'aliénation avec conscience, plutôt que, comme une variété de criminalité; il est vrai que ce n'est encore qu'une affaire de mots. La criminalité n'est le plus souvent qu'une forme de la dégénérescence, et par suite une espèce de maladie.

Or, au point de vue médico-légal, si l'interprétation scientifique et philosophique change, l'interprétation sociale reste toujours la même. La société a non seulement le droit, mais le devoir de se protéger et non de punir. Mais en réalité elle ne peut se protéger qu'en punissant, puisque c'est punir que de supprimer la liberté individuelle. Les conséquences sociales sont donc les mêmes : toutefois la punition devra ordinai-

rement se contenter d'être prophylactique et viser même à devenir thérapeutique ; c'est ainsi que les anciennes lois vengeresses se transformeront en mesures préventives et curatives, dans le sens scientifique nouveau de la criminalité.

Neurasthénie et Hystéro-neurasthénie traumatiques.

Avant que les Allemands n'eussent inventé la Névrose traumatique, Beard avait parfaitement décrit la variété traumatique de l'épuisement nerveux et signalé les complications légales qui peuvent résulter de ces accidents. « J'ai appliqué, dit-il, le terme de *neurasthénie traumatique* à ces cas d'épuisement nerveux qui sont provoqués par un choc physique ou moral ou par les deux combinés : une rencontre de chemin de fer, un accident de voiture, l'émotion de mauvaises nouvelles peuvent déterminer la neurasthénie soit immédiatement soit secondairement. » Puis il en cite quelques cas en faisant remarquer qu'ils peuvent donner lieu à de justes réclamations en dommages-intérêts.

En étudiant les variétés étiologiques de la maladie de Beard, nous avons suffisamment établi que la neurasthénie pouvait résulter directement d'un choc traumatique, au même titre qu'une jambe cassée ou toute autre lésion matérielle. Dès lors il est logique que la compagnie ou l'individu responsables du choc soient également responsables des accidents névrosiques ou lésionnels déterminés par le choc. « Qui casse les verres, les paie », dit un vieux proverbe ; et bien

que le verre soit essentiellement prédisposé à être cassé, cette prédisposition de la fragilité du verre n'atténue en rien la responsabilité de celui qui le casse. La comparaison est d'autant plus applicable ici, qu'on a souvent invoqué la prédisposition névropathique pour expliquer le développement de la neurasthénie chez les traumatisés et diminuer la responsabilité des traumatisants.

On a prétendu que le choc physique des accidents incriminés ne saurait avoir pour effet constant et direct la détermination absolue des phénomènes neurasthéniques. Il est vrai, en effet, que tous ceux qui se trouvent dans une collision de trains ne deviennent pas tous fatalement neurasthéniques : mais pour tirer de ce fait un argument décisif, il faudrait d'abord prouver que tous ont été également soumis aux mêmes conditions physiques et morales du choc. D'autre part, la prédisposition ne saurait toujours être établie et alors même qu'elle le serait, cela ne prouverait en rien que la Compagnie n'est pas entièrement responsable des accidents nerveux qui sont évidemment consécutifs au choc. Cette prédisposition pouvait en effet durer longtemps encore et même toujours, sans jamais aboutir à la neurasthénie, si le choc n'était pas intervenu : beaucoup d'individus sont nerveux et le restent toute leur vie sans en être autrement incommodés, qui tombent dans la neurasthénie et le désemparement moral complet, à la suite d'un traumatisme physique plus ou moins grave. Or il ne saurait être démontré que ces individus fussent nécessairement et spontanément devenus neurasthéniques, sans le choc auquel ils ont été soumis : on a donc le droit d'incriminer ce

choc et de faire peser toute la responsabilité de ses conséquences sur ceux qui l'ont produit.

Enfin il est certainement des circonstances où le choc physique et moral qui résulte d'un grand accident, tel qu'une collision de trains, peut engendrer de toutes pièces, et sans aucune prédisposition, l'épuisement nerveux. La pathogénie de l'épuisement par excès d'excitation rend bien compte de ces faits, où un individu, antérieurement robuste et sain, se trouve brusquement jeté dans la neurasthénie par un « shock nerveux » violent.

Quoi qu'il en soit de ces conditions diverses la responsabilité des fauteurs du « shock » n'en est pas moins, selon nous, au point de vue médico-légal, entière et absolue. Qu'il y ait ou non prédisposition, attendu que la prédisposition ne saurait être d'abord nettement établie, attendu qu'elle ne constitue pas elle-même un dommage antérieur réel, les fauteurs du traumatisme doivent payer tous les frais et dommages qui résultent de l'accident, puisque, sans l'accident, il n'y eût peut-être jamais eu de neurasthénie.

Toutefois où le degré de responsabilité peut varier, c'est en considération des formes de l'épuisement nerveux qui peuvent résulter du traumatisme.

Tous les voyageurs du train collisionné ne sont pas tous broyés et la responsabilité d'une jambe cassée ou d'une simple entorse est évidemment moins grande que celle d'une mort d'homme.

De même toutes les neurasthénies traumatiques ne sont pas graves au même degré : les uns peuvent être atteints d'une neurasthénie simple et d'autres peu-

vent voir peu à peu l'hystérie s'associer à la neurasthénie.

La responsabilité, en pareil cas, varie évidemment selon le pronostic même des accidents névrosiques. Il est certain qu'une neurasthénie traumatique simple, sans aucune complication hystérique, est un dommage beaucoup moins grave et de moins longue durée que l'hystéro-neurasthénie.

Mais dans la neurasthénie simple il y a des variétés plus ou moins tenaces et plus ou moins gênantes selon la nature et la prédominance de certains symptômes. En général, la neurasthénie traumatique simple, bien qu'ordinairement plus tenace que les formes communes de même intensité, guérit complètement.

Toutefois il faut savoir attendre avant de se prononcer dans ces cas ; on a vu parfois de simples troubles nerveux, sans gravité apparente au début, disparaître plus ou moins complètement pendant quelque temps, puis reprendre plus tard une marche ascensionnelle ou se compliquer d'autres désordres plus graves alors que le procès était terminé.

Inversement on a observé des cas où les accidents nerveux présentaient, pendant plusieurs mois et même plusieurs années, l'apparence et l'allure d'une lésion grave des centres nerveux telle que la paralysie générale ; la compagnie responsable avait déjà payé les dommages-intérêts proportionnels au pronostic fatal de ces accidents, quand, peu à peu, tout rentrait dans l'ordre et le malade pouvait reprendre ses occupations ordinaires. Il s'agissait vraisemblablement, dans ces cas, de neurasthénies psychiques intenses simulant la paralysie générale.

C'est donc un précepte fondamental en médecine légale et sur lequel notre maître le professeur Brouardel insiste toujours avec raison dans ses leçons et conférences, que de savoir attendre longtemps, avant de se prononcer, dans ces sortes d'affaires et souvent même de formuler des réserves sur l'évolution ultérieure des accidents nerveux d'ordre traumatique.

Quand la neurasthénie se complique d'hystérie, ce qui est le cas peut-être le plus fréquent et la forme la plus commune du *neuro-traumatisme*, on peut se trouver en présence d'une question subsidiaire importante, à savoir, l'influence de l'hérédité dans le développement de l'*hystéro-neurasthénie traumatique*.

Or, l'hérédité n'est pas toujours facile à établir, même quand il s'agit de pure curiosité scientifique : elle le sera d'autant moins dans ces cas, que les malades qui réclament la réparation du dommage auront tout intérêt à la dissimuler.

En second lieu, il faut reconnaître que l'hystéro-neurasthénie ne comporte pas nécessairement l'action de l'hérédité parmi ses facteurs étiologiques : M. Charcot a cité des cas, en dehors de tout débat médico-légal, où il fut impossible de relever la moindre tare héréditaire chez les ascendants d'hystéro-neurasthéniques avérés.

Enfin, alors même que l'hérédité serait parfaitement établie, il en serait ici comme de la prédisposition, au point de vue de l'interprétation médico-légale de la maladie. S'il peut être démontré que l'individu traumatisé était réellement bien portant avant l'accident, bien que ce fût un héréditaire, il

faut logiquement en conclure qu'il doit à l'accident lui-même l'éclosion des phénomènes hystéro-neurasthéniques. Son hérédité pouvait rester latente pendant longtemps, sinon toujours, si le traumatisme n'était pas intervenu. Le traumatisme reste donc, dans ces cas même où l'hérédité est établie, entièrement responsable des désordres nerveux dont il a été le signal et le point de départ.

Le seul cas peut-être où l'entière responsabilité des fauteurs du traumatisme occasionnel pourrait être discutée et contestée, serait celui où un individu, déjà malade antérieurement, aurait vu son état s'aggraver ou se compliquer à la suite du choc traumatique. Voici un individu, par exemple, qui était déjà neurasthénique, il se trouve dans une collision de trains, dans un incendie de théâtre, il est renversé par une voiture, etc., et il devient hystéro-neurasthénique à la suite de cet accident. Tel est le cas, que nous avons emprunté à M. Charcot, d'un agent d'affaires qui, déjà neurasthénique par surmenage, est un jour frappé par la foudre et devient ainsi hystéro-neurasthénique. En admettant qu'il eût pu s'assurer contre les accidents dus à la fulguration, il eût été juste, dans ce cas particulier, de faire la part du feu et de déterminer exactement la responsabilité évidemment limitée d'une Cie d'assurances contre les accidents de la foudre sur les individus; mais si la chose eût été juste, elle eût certainement été difficile.

Neurasthénie et simulation.

C'est encore une question qui peut se poser en médecine légale, précisément dans ces cas de neurasthénie

et d'hystéro-neurasthénie traumatiques. Elle a été d'ailleurs agitée, à propos des névroses traumatiques en général, dans le dernier congrès de Berlin (section de neurologie) :

En effet, un individu peut à la rigueur simuler assez facilement la plupart des désordres subjectifs qui constituent la neurasthénie simple : il sera cependant facile, par une série d'examens et d'interrogatoires, de dépister le simulateur en lui faisant avouer des contradictions symptomatiques qu'il est rare de rencontrer en clinique. Il faudrait un simulateur vraiment instruit de tous les phénomènes classiques de la neurasthénie, pour ne pas s'embrouiller et se contredire, dans les diverses descriptions qu'on lui fera faire du syndrome clinique qu'il prétend éprouver. Le médecin légiste qui connaîtra bien la maladie de Beard et ses principales variétés, aujourd'hui moins protéiformes qu'autrefois, ne sera pas le plus souvent embarrassé pour savoir s'il a affaire à un malade de bonne foi.

L'embarras sera moins long encore et moins difficile, s'il s'agit de l'hystéro-neurasthénie : cette dernière forme si fréquente du neuro-traumatisme a des stigmates qu'un œil attentif et habitué saura ordinairement découvrir. Tels les rétrécissements du champ visuel, les hémi-anesthésies sensitivo-sensorielles, les zones hystérogènes, et la description si spéciale des petites attaques.

Toutefois il faut avouer que les signes objectifs des désordres neurasthéniques ne sont pas actuellement suffisants pour qu'on puisse leur accorder une réelle valeur en médecine légale, où les compromis et les

intérêts sont autrement importants qu'au point de vue nosographique.

Quoi qu'il en soit, la simulation dans ces cas de neuro-traumatisme est, paraît-il, assez fréquente : il est bon d'en être prévenu ; il est également utile de savoir qu'elle a déjà donné lieu à quelques erreurs. Seelig Muller a cité le cas de deux individus neuro-traumatisés, qui ont pu, grâce à une habile simulation, toucher, pendant plusieurs années, une rente annuelle de 2.500 fr. : ce n'est toutefois pas une raison suffisante pour se rallier à l'opinion de cet auteur, qui proposait la création d'établissements spéciaux où l'on pût surveiller de près cette nouvelle classe de simulateurs.

Telle est, à grandes lignes, l'esquisse des principaux côtés intéressants de cette nouvelle étude médico-légale de la neurasthénie.

BIBLIOGRAPHIE HISTORIQUE

On peut diviser en trois périodes l'histoire bibliographique de la neurasthénie ; dans la première, on trouve des descriptions cliniques assez exactes, où les symptômes de la neurasthénie, parfaitement observés, sont confondus avec ceux des gastralgies et des affections hystériques et hypocondriaques : il n'est question, en fait de névroses, pendant toute cette période, que de chorée, d'épilepsie, d'hystérie et d'hypocondrie : c'est dans la symptomatologie de cette dernière surtout que sont compris les désordres neurasthéniques. C'est en quelque sorte la période préhistorique de la neurasthénie.

Dans la seconde, qui commence vers le milieu du XVIIIe siècle, les auteurs tendent à séparer de plus en plus et à isoler toute une série de phénomènes nerveux, qui n'appartiennent ni à l'hystérie, ni à l'hypocondrie : c'est la période des vapeurs, états nerveux,

névropathies, etc. qui aboutit, tout près de nous, au Nervosisme de Bouchut.

Enfin la période proprement dite de la neurasthénie date des premières communications de Beard : le mot et le type clinique qu'il représente sont de mieux en mieux limités et prennent définitivement place dans la nosographie neuropathologique.

PREMIÈRE PÉRIODE.

HIPPOCRATE, *Traité des Humeurs* (traduct. Littré), décrit assez exactement les symptômes de la neurasthénie gastrique.

GALIEN, *De locis affectis* (lib. III, cap. VII) : on y trouve un tableau très exact de l'état mélancolique associé aux désordres dyspeptiques.

Puis vient toute la série des auteurs qui ont étudié sous le nom général *d'affection ou de mal hypocondriaque* les principaux troubles de l'épuisement nerveux.

PONTANUS (1601, Bâle), *Thesis de affectione hypochondriaca.*

FISCHER (1624, Brunswik), *De affectu hypochondriaco.*

SENNERT (1628, Viteberg), *De affectu hypochondriaco.*

MARTINI (1630, Leipzig), *Aff. hypochc. historia et curatio.*

HERING (1638, Brème), *De melancholia in genere et hypochondria in specie.*

ZACCHIAS (1639, Rome), *De malis hypocondriacis libri due.*

Geiger (1651, Munich), *Microcosmus hypochondriacus.*

Langins (1658, Leipzig), *De malo litteratis familiari, sive hypochondria.*

Cet auteur signale déjà une des causes communes de l'épuisement nerveux, c'est-à-dire la fatigue intellectuelle ; la variété d'hypocondrie qu'il décrit se rapproche beaucoup de la cérébrasthénie et il en fait une maladie spéciale aux gens de lettres.

Willis (1667, Oxford), *Pathologiæ cerebri et nervosi generis specimen* (essai de pathologie du cerveau et du système nerveux) *in quo agitur de morbis convulsivis.*

C'est en quelque sorte le premier traité de neuropathologie : on y trouve déjà décrites les maladies suivantes : « épilepsie, convulsions des enfants, maladies convulsives des adultes, convulsions d'origine périphérique et non cérébrale, convulsions d'origine toxique, chorée ou danse de Saint-Guy. Maladies dites hystériques, affections dites hypocondriaques, toux et asthme convulsifs ». On retrouve quelques-uns des troubles neurasthéniques au milieu des phénomènes hystériques et hypocondriaques.

A peu près à la même date paraissait l'œuvre de Sydenham (1682, Londres), *Dissertation sur l'affection hystérique,* qui constitue avec le chapitre de la Goutte l'un des plus remarquables de la *Médecine pratique* (traduit de l'anglais, p. Jault, Paris, 2 vol., 1799). D'après Sydenham, la maladie hystérique « constitue la moitié des maladies chroniques » ; il en a bien décrit les diverses formes apoplectique, épileptique, etc., ainsi que le clou hystérique et les ca-

ractères spéciaux de l'œdème hystérique. Puis il signale une variété avec abattement et désespoir, épuisement des forces, douleurs du dos, rots aigres ou nidoreux, rêves pénibles, etc. : il n'est pas difficile de voir là certains symptômes neurasthéniques qui n'avaient pas échappé à l'attention du grand clinicien anglais, mais qu'il catégorisait dans la série hystérique. Cette forme lui avait paru surtout fréquente chez les femmes fatiguées par de longs allaitements ou de nombreuses grossesses : il avait également signalé le danger des purgations et des saignées et au contraire l'utilité des martiaux et des toniques.

Joly (1689, Paris), *Discours sur une étrange maladie hypochondriaque et venteuse.*

Rudbeck (1697, Upsale), *De passione hypochondriaca.*

Alberti (1703, Halle), *De malo hypochondriaco et hysterico.*

Hoffmann (1708, Halle), *Opera omnia. — Dissertatio de morbis ex atonia cerebri nervorumque nascentibus.*

Voici la première interprétation, par *l'atonie,* des désordres nerveux et cérébraux ; mais en outre, cet auteur s'est attaché à différencier nettement le mal hystérique du mal hypocondriaque : ils ont, dit-il, beaucoup de symptômes communs, mais ils en ont aussi de très particuliers; or l'hypocondrie d'Hoffmann ressemble beaucoup à la neurasthénie actuelle : « c'est une maladie invétérée se produisant lentement et nécessitant un long et ennuyeux traitement. Le siège et l'origine de ce mal, ajoute-t-il, résident dans ce conduit nerveux et membraneux qui sert à la di-

gestion, c'est-à-dire dans l'estomac et les intestins ». Hoffmann est donc l'un des précurseurs, très catégorique, de certaines théories pathogéniques modernes.

La théorie nerveuse est au contraire défendue dans Blackmore (1725, Londres), A *Treatise of the spleen and vapours or hypochondriacal and hysterical affections.*

« La maladie nerveuse n'a pas son siège principal dans l'estomac, ni la rate, ni aucune autre partie du corps : elle paraît consister essentiellement en une disposition morbifique des esprits nerveux, dont le désordre et la précipitation changent l'ordre de toutes les parties du corps. » Voici désormais le mot vapeurs introduit dans la langue neuropathologique : c'est lui qui va présider à la dissociation nosographique qui se prépare, après avoir, tout d'abord, servi à confondre tous les désordres névropathiques.

Viridet (1726, Yverdun), *Sur les vapeurs qui nous arrivent*, explique surtout le rôle théorique des Esprits animaux dans la production des désordres nerveux, mais il a évidemment en vue autre chose que les anciennes passions hystériques et hypocondriaques en insistant le premier sur une des principales causes de l'épuisement nerveux, le surmenage intellectuel et moral : « Les tensions d'esprit, fortes et prolongées, subtilisent trop les esprits, comme on le voit aux étudiants qui s'appliquent extraordinairement aux sçavans du premier ordre, et aux ministres d'Etat lesquels, après ces violents efforts, tombent dans de grands épuisements qui les obligent longtemps dans l'inaction et les assujettissent aux vapeurs ; de même, les déplaisirs violents et réitérés,

qui faisans bouillonner le sang, volatilisent les acides et les font entrer dans les nerfs ». On y trouve encore une longue digression sur l'insomnie (phén. neurasthénique) et sur l'usage obligé des narcotiques.

Mais le plus curieux de ces documents se trouve dans G. CHEYNE (1733, Londres), *The English malady or a Treatise of Nervous diseases of all Kinds, as spleen, vapours, Lowness of spirits, Hypochondriacal and hysterical distempers.*

Voici quelques extraits de cet ouvrage : « On peut naître avec le système nerveux faible, mais aussi souvent on acquiert cette disposition... sous le nom de vapeurs on entend communément l'abattement, le découragement le gonflement de l'estomac, les renvois, le bourdonnement ou tintement d'oreilles, le manque d'appétit, l'agitation, l'état inquiet, les anxiétés ou angoisses, la mélancolie, la tristesse, l'inconstance, l'insomnie... » Les vapeurs de Cheyne ne sont donc plus déjà l'hystérie et l'hypocondrie d'autrefois : ce sont des désordres nerveux spéciaux et on reconnaît, à leur description, la plupart des phénomènes neurasthéniques ; d'autre part Cheyne a eu le premier cette vision que ces désordres présidaient à la création de toute la neuropathologie : « ce sont les premiers symptômes de toutes les maladies nerveuses chroniques, *the first symptoms of all chronical nervous diseases* » : c'est une opinion qu'on pourrait cependant croire toute moderne ; enfin il est intéressant de faire remarquer que l'auteur anglais a cru ces symptômes propres à son pays et qu'il a décrit sous le nom de *Maladie anglaise*, à peu près les mêmes troubles

dont Beard faisait, 150 ans plus tard, la *Maladie américaine*.

FLEMYNG (1741, Amsterdam), *Neuropathia : sive de morbis hypochondriacis et hystericis, libri tres*. C'est un poème, *poema medicum*, un traité de neuropathie en vers, sous l'invocation de Pallas « amie de la pure raison ». On y trouve de très pittoresques descriptions de certains troubles nerveux tels que les frayeurs, les vertiges, etc. ; et puis, il contient un terme nouveau, représentant lui-même une idée nouvelle, l'idée d'un état névropathique spécial présidant à tous les désordres hystériques et hypocondriaques.

POMME (1749, Paris), *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*.

C'est dans ce livre qu'on trouve la meilleure description des phénomènes neurasthéniques : mais ils sont encore confondus avec les vapeurs hystériques. On y lit, p. 2 : « la tête est plus ou moins affectée ; on y ressent une pesanteur qui en gêne les fonctions (céphalée et impotence intellectuelle) ; plusieurs sont incommodés du battement des artères temporales et ont des sifflements d'oreille, des *vertiges*, des *frayeurs*, des *tremblements*, des *lassitudes*, des *douleurs*, et des *engourdissements* dans les membres ; la tristesse, la mélancolie et le *découragement* empoisonnent leurs plaisirs ; la plupart sont exposés à des suffocations alarmantes (angor pectoris) ; d'autres rendent des vents par la bouche et sentent des grouillements et des tiraillements dans les entrailles ; les malades se plaignent aussi de crampes et d'inquiétudes aux jambes. » Voici, pour l'époque (1749), un tableau assez

complet des principaux phénomènes de la maladie de Beard.

RAULIN (1758, Paris), *Traité des affections vaporeuses du sexe*, réunit tous les désordres nerveux sous le nom commun d'affections vaporeuses : mais il est intéressant d'y relever ce passage qui a trait à *l'hystérie mâle* : « Si les médecins, qui croyaient autrefois à l'origine utérine des vapeurs, vivaient parmi nous, ils seraient bien surpris de voir, comme nous voyons tous les jours, des hommes vaporeux avec une sensation de boule semblable à celle que les femmes ressentent dans le bas-ventre : il est des hommes qui sont exposés à tous les symptômes des vapeurs » (discours préliminaire, p. x).

PONTICELLI (1759, Lucques), *Di tre specie di affezioni isterica ed ipochondriaca.* Ces trois espèces de Ponticelli sont un nouveau pas en avant vers la séparation du type névropathique dont l'évolution va se faire peu à peu pendant la seconde période de cette histoire.

DEUXIÈME PÉRIODE.

WHYTT (1765, Edimbourg), *Traité des maladies nerveuses, hypochondriaques et hystériques* (Traduit à Paris, 1767), a été le véritable initiateur dans cette voie.

Le titre de ce livre, dont la traduction eut deux éditions à Paris, indique déjà l'importance de la tentative qui consistait à décrire des troubles nerveux d'un genre spécial en dehors de l'hystérie et de l'hypocondrie. Whytt a fait en effet une classe à part de

certains symptômes auxquels il proposait de donner simplement le nom de « nerveux ». Ces symptômes étaient « des vents dans l'estomac et les intestins, des aigreurs, du manque d'appétit, de la faiblesse et de la langueur, des sensations de vide dans l'estomac, de l'enflure ou plutôt du gonflement de l'épigastre qu'on éprouve surtout après avoir mangé, des frissonnements ou chaleurs dans tout ou une partie du corps, des douleurs incommodes dans le dos et entre les deux épaules, des crampes, des tressaillements subits dans les bras et les jambes, des palpitations de cœur, un pouls très changeant plus souvent petit que plein, des bouffées de chaleur, des vertiges et des bourdonnements d'oreille, des douleurs de tête revenant quelquefois périodiquement, des insomnies opiniâtres ou un sommeil troublé et inquiet, des rêves effrayants, de la diminution de la vue, de la peur, de la tristesse, l'impossibilité de fixer l'esprit sur aucun sujet, de la diminution de mémoire. » N'est-il pas curieux de retrouver là presque toute la symptomatologie de Beard, plus de cent ans avant? Et le pronostic était aussi nettement indiqué : « on imagine que le mal est aussi dangereux qu'on le trouve incommode et souvent on se fâche contre ceux qui essaient de convaincre qu'on se trompe » ; c'est à croire que la neurasthénie était définitivement créée comme type à part : en réalité, elle l'était cliniquement, mais non nosographiquement : il lui manquait le nom propre qui devait grouper ses symptômes et fixer ses traits.

En effet les auteurs qui suivent continuent pour la plupart à ne parler que de vapeurs et d'hypocondrie.

Tissot (1770, Paris), *Traité des nerfs et de leurs*

maladies, ne considère dans cette vaste étude en 4 vol. que les symptômes et loin d'essayer une classification nosographique, il fait une pure étude symptomatique de tous les accidents considérés comme nerveux à l'époque et il se contente d'appeler tout cela des « maux de nerfs. » Mais au point de vue clinique les descriptions sont précises et on trouve même dans cet auteur un phénomène neurasthénique délicat qui n'avait pas encore été signalé, celui de la variabilité de la dilatation pupillaire qui change d'un jour à l'autre.

REVILLON (1779, Paris), *Recherches sur les causes des affections hypocondriaques.*

THOMSON (1782, Londres), *An inquiry into the nature, causes and method of cure of nervous disorders.*

LOUYER-VILLERMAY (1802, Paris), *Recherches sur l'hypocondrie et l'hystérie* et plus tard (1816), *Traité des maladies nerveuses ou des vapeurs.*

C'est à cet auteur qu'on doit le nom d'*hystéricisme* qui indique la catégorie spéciale des désordres nerveux qu'on veut séparer de l'hystérie et dont on fait une sorte de petite hystérie, d'hystérie atténuée.

DUPAU (1819, Montpellier), *De l'éréthisme nerveux*, trouve un autre mot pour les troubles névropathiques qui se détachent ainsi peu à peu de l'hystérie et de l'hypocondrie : mais l'éréthisme n'indique qu'une des faces de la nouvelle névropathie ; le mot est d'ailleurs trop vague et la description clinique incomplète.

Autre mot dû encore à l'Ecole de Montpellier.

AUDUBERT (1820, Montpellier), *Considérations générales sur l'état nerveux.*

GEORGET (1821, Paris), *De la physiologie du sys-*

tème nerveux. Recherches sur les maladies nerveuses en général et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie et de l'hypocondrie.

Brown (1829), *Irritation of the spinal nerves.*

C'est la première fois qu'il est question de la variété neurasthénique « irritation spinale » qui entre peu à peu dans la littérature.

Darwall (1829), *On some forms of cerebral and spinal irritation.*

Parriso (1832), *Remarks on spinal irritation.*

Griffin 1834) *Observations on the Functional affections of the spinal cord.*

Marshall (1835). *Practical observations* ou *Disease of the heart occasioned by spinal irritation.*

Voici encore une variété qui se dégage : on peut voir dans ces observations le point de départ de la névropathie cérébro-cardiaque et des troubles circulatoires de l'épuisement nerveux.

Cruveilhier (1837), *Du point dorsal.* (Bull. thérap.), formule ainsi les douleurs rachialgiques.

Puis voici les mots plus précis de *névropathie* et de *nervosité* qui indiquent la distinction de plus en plus nette de ces désordres par rapport à l'hystérie et à l'hypocondrie.

Gully (1837, London), *Exposition of the symptoms and nature of nevropathy or nervousness.*

Stilling (1840, Leipzig), *Untersuchungen uber die spinal-irritation.*

Türck (1843, Vienne), *Abhandlung uber spinal-irritation nach eigenen Beobachtungen.*

C'est surtout à l'étranger que se fait chaque jour de

plus en plus la différenciation nosographique : en France on reste quelque temps encore attaché aux vieilles doctrines.

BRACHET (1844, Paris), *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypocondrie et sur l'analogie et la différence de ces deux maladies.*

DUBOIS (1845, Paris), *Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie.*

MICHEA (1844, Mém. Ac. Méd.) *Du siège, de la nature intime, des symptômes et du diagnostic de l'hypocondrie*

MICHÉA (1845, Paris), *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypocondrie.*

Un mémoire important est alors communiqué par GINTRAC (1845, Ac. Méd. Paris) *Sur l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse.*

Enfin voici le mot actuel de Neurasthénie en allemand :

REINBOLD (1845, Hannov. Annal.) *Ueber die Nervenschwäche*, mais à cette époque, les Dictionnaires ne donnent à ce mot que la signification générale et nullement nosographique « *d'affaiblissement de la puissance nerveuse, d'asthénie nerveuse* », alors qu'aujourd'hui la Nervenschwœche des Allemands est l'équivalent propre de Neurasthénie : Reinbold n'en est pas moins le premier à avoir compris la véritable nature asthénique, par épuisement, des désordres nerveux qu'il décrit.

Une autre variété neurasthénique est mise au jour par :

VALLEIX (1848, Paris), *De la névralgie générale.*

Leclerc (1852, th. Paris), *De la névralgie générale.*

Fonssagrives (1856, Paris), *Mémoire sur la névralgie générale* (Arch. gén. Méd.).

Voici encore un nouveau mot :

Sandras (1860, Paris), *De l'état nerveux* dans le *Traité des maladies nerveuses*, avec Bourguignon.

Egalement, un autre mot, proposé par

Monneret (1860), *Hyperesthésie générale*, dans son *Traité de pathologie générale.*

Gillebert d'hercourt (1855) parle de la *Surexcitabilité nerveuse* dans son Mémoire sur « *L'hydrothérapie dans le traitement de la surexcitabilité nerveuse.*

Enfin parut le livre important de :

Bouchut (1860 et 1877, Paris), *De l'état nerveux aigu et chronique ou Nervosisme.*

C'était désormais l'isolement définitif du groupe des désordres névropathiques qui n'appartenaient ni à l'hystérie ni à la véritable hypocondrie : c'était la classification nosographique bien que non encore définitive, de tous ces désordres. Le livre de Bouchut en France est le pendant du livre de Beard en Amérique. Alors le groupe névropathique isolé est de plus en plus étudié sous ses différents aspects et quelquefois encore avec d'autres noms, dans les diverses publications qui ont précédé l'acception définitive du terme *Neurasthénie* de Beard, c'est-à-dire, antérieures à 1880.

Latour (1860), *Observations de nervosisme aigu terminé par la mort* (Union médicale).

Venturoli (1862, Bologne), *Delle stato nervoso.*

MANDL (1863, Paris), *Névroses génito-spinales liées à la spermatorrhée* (Union médicale).

C'est la forme sexuelle de la neurasthénie.

EULENBURG (1866, Vienne), *Die vasomotorischen neurosen.*

On y trouve la description des troubles vaso-moteurs de la neurasthénie et l'interprétation pathogénique des phénomènes névrosiques par les troubles de la vasomotion.

HÉRARD (1867, Un. méd.), *Nervosisme. Angine de poitrine.*

HABERSHON (1868, Lancet of London), *Complex morbid condition ; cerebro-spinal irritation, hyperesthesia, intermittent symptoms.*

Le type clinique se dessine de plus en plus : il s'agit maintenant d'irritation tant cérébrale que spinale et on fait ressortir l'intermittence et l'irrégularité de son évolution.

WITTMANN (1868, th. Strasbourg), *De la non-identité de l'hystérie et du nervosisme*, s'attache à faire de plus en plus la différenciation des deux névroses.

BOREL (1872), Neufchâtel), *Nervosisme et affections nerveuses fonctionnelles.*

Puis vient la variété clinique de

KRISHABER (1873, Paris), *De la névropathie cérébro-cardiaque.*

CONRAND (1873, th. Paris), *De la névropathie cérébro-cardiaque.*

ARMAINGAUD (1872, Paris), *Du point apophysaire dans les névralgies et l'irritation spinale.*

Excellente description de la forme rachialgique.

HAMMOND (1874), *Traité des maladies nerveuses,*

décrit la neurasthénie, les états nerveux et la névropathie cérébro-cardiaque au chapitre *Anémie cérébro-spinale*, considérant ces états névropathiques comme liés à cette anémie.

Peter (1874), *Névropathie cérébro-cardiaque*, dans la *Clinique de Trousseau.*

Roux (1874), th. Paris), *Etude historique et critique sur l'irritation spinale.*

Campbell, *Nervous exhaustion and the diseases induced by it.*

On approche du but : voici déjà l'un des mots de Beard, la nervous exhaustion, ou épuisement nerveux. On trouve d'ailleurs le mot neurasthénie à diverses reprises dans la littérature de cette période. Ainsi :

Möbius (1877, Memorabilien nº 1), *Ueber neurasthenia cerebralis.*

Mais en réalité Beard avait déjà communiqué ses premières études sur la « Nervous exhaustion (Neurasthenia) » dès 1868 : toutefois le mot n'est vraiment entré dans la littérature classique que depuis la première édition du livre de Beard en 1880.

Avant d'y arriver, nous devons encore signaler, parmi les publications ayant trait à la nouvelle névrose :

Chamberlain (1875), *Nervous disorders from génital irritation* (New-York, med. Record).

Jung (1875, Breslau), *Névroses consécutives aux maladies aiguës* (neurasthénies de convalescence).

Arndt (1875), *Ueber neuropatische diathese* (Berliner-Klin. Woch.).

Lereboullet et Egger (1877), *De l'amnésie dans certaines névroses* (Gaz. hebd. de méd. et chir.).

ROSENTHAL (1878), *Forme dépressive de l'irritation spinale (neurasthénie)*, dans le « *Traité clinique des maladies du système nerveux* ».

HAMILTON (1878), *Nervous diseases: heir description and treatment.*

BROCHIN (1878), Art. *Maladies nerveuses* du Dict. ncycl. d. sci. méd.

TROISIÈME PÉRIODE.

Il s'agit maintenant des travaux contemporains et postérieurs à la description classique de la maladie de Beard, dans son ouvrage : « *A practical treatise on Nervous exhaustion (neurasthenia) ; its causes, symptoms and consequences* » (New-York, 1880).

En 1881 Beard publie une réponse à certaines attaques de Spencer.

H. Spencer and American Nervousness ; a coïncidence (London, 1881).

En 1884, publication d'une monographie spéciale sur une forme importante de l'épuisement nerveux.

Sexual Neurasthenia (nervous exhaustion) its hygiene, causes, symptoms and treatement with a chapter on « Diet for the nervous », by George Beard (posthumous manuscript edited by D. Rockwell, New-York, 1884).

Le traité classique de Beard a eu plusieurs éditions, dont la dernière, en 1890, constitue la monographie fondamentale de la maladie de Beard : c'est à elle que nous avons emprunté la plus grande partie de notre étude symptomatologique.

Telle est l'œuvre de Beard qui, commencée par des

« Notes and Papers » en 1868, a mis plus de vingt ans à pénétrer et s'installer définitivement dans le domaine classique de la neuropathologie. Cette œuvre a été le point de départ d'une série de travaux sur le même sujet dont nous citerons les principaux, les divisant en deux groupes : A. Monographies spéciales et chapitres des traités classiques ; B. Articles de journaux et revues.

A. MONOGRAPHIES.

DOWSE (1880, London), *Brain and Nerve exhaustion.*

BENEDIKT (1880, Vienne), *Nervenpathologie und Elektrotherapie.*

LŒWENFELD (1881, München), *Behandlung von Gehirn und Rückenmarks krankheiten.*

BURKART (1882, Bonn), *zur Pathologie der Neurasthenia gastrica (dyspepsia nervosa).*

STEIN (1882, Halle), *Die Allgemeine Elektrisation des menschlichen körpers, der Nervenschwäche Nervosität und Neurasthenie.*

MAIENFESCH (1883, Bæsil), *Nervosität und Nervenschwöche.*

AXENFELD ET HUCHARD (1883, Paris), *Traité des Névroses*, chapitre *Neurasthénie.*

WEIR-MITCHELL (1883, Philadelphia), *Fat and blood and how to make them : an essay on the treatment of certain forms of Hysteria and Neurasthenia.*

Ce livre, trad. en français par M. O. Jennings en

1885, contient l'exposé didactique de la Méthode de Weir-Mitchell, dont nous avons décrit les principaux moyens.

ARNDT (1885, Leipzig), *Die Neurasthenie (Nervenschwäche) ; ihr Wesen, ihre Behandlung und Bedeutung.*

GLÉNARD (1885, Lyon), *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse, détermination d'une espèce ; de l'entéroptose.*

HOWELL (1886, London), *On some conditions of Neurasthenia.*

HOWEL (1887), *On some further conditions of Neurasthenia ; a psychological study.*

DÉJERINE (1886), *L'hérédité névropathique*, chapitre sur *la Neurasthénie* (th. agrég).

GLÉNARD (1887, Paris), *A propos d'un cas de Neurasthénie gastrique.*

LAFOSSE (1887, th. Paris), *Etude clinique sur la céphalée neurasthénique.*

LŒWENFELD (1887, Wiesbaden), *Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (neurasthenie), der Hysterie und Verwandter Leiden.*

VON ZIEMSSEN (1887, Leipzig), *Die Neurasthenie und ihre Behandlung.*

BOURAS (1888, th. Bordeaux), *Du pseudo-tabes Neurasthénique.*

BERGER (1888, Berlin), *Die Nervenschwäche ihre Ursachen und Behandlung.*

WILHELM (1889, Vienne), *La Neurasthénie, sa marche et sa guérison.*

TRASTOUR (1889, th. Paris), *Les déséquilibrés du ventre (gastro-entéroptose neurasthénique).*

BORDARIES (1890, th. Bordeaux), *Contribution à l'étude de la neurasthénie.*

MONIER (1890, th. Paris), *Des troubles gastriques dans la Neurasthénie.*

BLANC CHAMPAGNAC (1890, th. Paris), *Etude pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence dans la Neurasthénie.*

BOUVERET (1890, Paris), *La neurasthénie* (épuisement nerveux).

LOH (1890, Wiesbaden), *De la Neurasthénie et de son traitement.*

CHARCOT (1889-90), *Leçons du Mardi*, 1er et 2e vol. Leçons et observations sur la *Neurasthénie et l'hystéro-Neurasthénie.*

Traités de pathologie nerveuse et médicale de *Grasset* (1886), *Laveran et Teissier* (1889) *Eichorst* (1890).

B. ARTICLES DE JOURNAUX ET REVUES.

BEARD (1869, Boston med. and surg. journal), *Neurasthenia or Nervous exhaustion.*

FISHER (1872, Boston M. and S. Journal), *Neurasthenia.*

GHOZE (1874, Indian Med. Gaz. Calcutta), *An instructive case of Neurasthenia simulating intermittent fever.*

VANDERBECK (1877, Med. and surg. Report. Philad.), *Interesting case of Nervous exhaustion.*

BEARD (1878, Virginia m. month. Richmond), *Certains symptoms of Neurasthenia.*

BROWN (1878, Tr. Wisconsin M. Soc. Milwankee), *Neurasthenia or Nervous exhaustion.*

STILLMANN (1879, Med. And Surg. Report. Phila.), *Neurasthenia.*

DESROSIERS (1879, Un. Méd. du Canada), *De la neurasthénie.*

DOWSE (1879-81, Proc. Med. Soc. London), *On Neurasthenia or nervous exhaustion and its treatment.*

MÖBIUS (1879, Memorabilien Heibr.) *Ueber Neurasthenia cerebralis.*

BEARD (1879, Quart. J. Inebr. Hartford), *Neurasthenia (nervous exhaustion) as a cause of inebriety ;* — (1879, Journ. of. nerv. and ment. diseases Chicago), *Other symptoms of Neurasthenia (nervous exhaustion) ;* — (1879, Saint-Louis Med. And Surg. Journ.), *Cases of Neurasthenia (nervous exhaustion) with remarks on treatment ;* — (1879, New-York Med. Journ.), *The nature and diagnosis of Neurasthenia (nervous exhaustion) ;* — (1880, Maryland Med. Journ. Balt.), *Nervous exhaustion (neurasthenia) with cases of sexual neurasthenia ;* — (1880, Independ. Pract. Balt.), *The symptoms of sexual exhaustion (sexual neurasthenia) ;* — (1880, Alienist and Neurologist Saint-Louis), *The sequences of neurasthenia.*

HUGHES (1880, Alienist and Neurologist Saint-Louis), *Notes on Neurasthenia, from an alienist's standpoint, intended, mainly, to introduce the views of a pioneer American writer.*

HUTCHINSON (1880, Med. Rec. New-York), *A report of three typical cases of neurasthenia.*

JEWELL (1880, Chicago Med. gaz.), *The treatment of Neurasthenia or chronic nervous exhaustion ;* —

(1880, Journ. Nerv. and Ment. diseases Chicago) *The varieties and causes of Neurasthenia.*

JOHNSON (1880, Philad. Med. Times), *Neurasthenia.*

W. MITCHELL (1880, Chicago Med. Times), *Neurasthenia, Hysteria and their treatment.*

ROUSE (1880, Proc. San convent. détroit Lansing), *Neurasthenia.*

SAVAGE (1880, Cincinn. Lancet and Clinic), *Hints on nervous exhaustion (neurasthenia).*

BEARD (1881-82 N. Eng. M. Month Newton, Com.), *The traumatic Neurasthenia.*

DRAPER (1881, Tr. Vermont Med. soc), *Neurasthenia of the ganglionic nervous centres.*

FOWLER (1881, Med. Bull. Philad), *Neurasthenia.*

SUMMERS (1881, South Pract. Nashville), *Neurasthenia.*

WILHEIM (1881, Allg. Wien. Med. Zeit.), *Die Nervœse Erschœpfung.*

HUCHARD (1882, Un. Méd. Paris), *De la Neurasthénie.*

HUGHES (1882), Alienist and Neurologist Saint-Louis), *Note on the essential psychic signs of general functional neuratrophia or neurasthenia.*

D. C. L. (1883, Un. méd. Paris), *Des Neurasthénies et de leur traitement.*

BARTHOLOW (1883-84, Policlinic Philadelphia). *What is meant by nervous prostration ?*

CLARK (1883-84, Journ. of Anat. and Physiol. London), *Some remarks on nervous exhaustion and on vasomotor action.*

DANA (1883, Med. Rec. New-York), *On the*

pathology and treatment of certain forms of chronic nerveweakness.

GREENE (1883, Boston med. and surg. Journ.), *Neurasthenia; its causes and its home treatment.*

MELOTTI (1883, Ann. univ. di med. e chir. Milano), *Della Neurasthenia cerebro-spinale (esaurimento nervoso).*

MÖBIUS (1883, Centralbl. für Nervenkhr. Leipzig), *Zur Lehre von der Neurasthenie.*

RIVA (1883, Riv. sper di freniat. Reggio-Emilia), *Sopra tre casi di Neurastenia.*

SACHAFF (1883, Vrach Saint-Petersbourg), *Sluchaï tiajeloï neurastenii, izliechennoi po nieskolko izminennomu sposebu Weir-Mitchell' ja.*

YOUNG (1883, Edin Clin. and Path. Journ.), *Two cases of Neurasthenia of long standing successfully treated by Weir-Mitchell's Method.*

ANJEL (1884, Arch. f. Psych. Berl.), *Experimentelles zur Pathologie und Therapie der cerebralen Neurasthenie.*

EWALD (1884, Berlin, Klin. Woch.), *Die Neurasthenia dyspeptica.*

RICHTER (1884, Deuts. med. zeit. Berlin), *Die Neurasthenie und Hysterie.*

JAHN (1885, Deutsch. med. zeit. Berlin), *Ueber Behandlung von Neurasthenieen.*

KOWALEWSKI (1885, Archiv. psychiat. Charkow), *Neurastenija i patophobija.*

PAGE (1885, Med. times and gaz. London), *On the abuse of Bromide of potassium in the treatment of Traumatic Neurasthenia.*

Strahan (1885, Dublin Journ. med. sci.), *Neurasthenia acute and chronic, and its importance ;* — (1885, British med. journ. London), *Puzzling conditions of the heart and other organs dependent on Neurasthenia.*

Williams (1885, Journ. Amer. med. ass. Chicago), *Overdraft of vital or nerve power as affecting general and special Health.*

Averbeck (1886, Berlin deutsche med. Zeit.), *Die akute neurasthenie, die plötzliche Erschöpfung der Nervosen Energie ; ein ärzlliches kulturbilb.*

Clark (1886, Lancet, London), *Some observations concerning what is called neurasthenia.*

Holbrook (1886, Tr. N. Hampshire M. Soc. Manchester), *Dissertation on certain forms of nerve-weakness.*

Playfair (1886, British med. Journ. London), *Some observations concerning what is called neurasthenia.*

Rosenbach (1886, Breslau Ärztl. Zeitschrift), *Ueber nervose Herzschwäche (neurasthenia vasomotoria).*

Wood (1886, Syst. Pract. med. Philad.), *Neurasthenia.*

Lemoine (1886-88, Ann. Méd.-Psychol.), *Pathogénie et traitement de la neurasthénie.*

Arcari (1887, Bull. d. comit. med. Cremonense), *Sulla Neurasthenia.*

Dragomanow (1887, Archiv. Psychiat. Charkow), *Sluch. neurastenii. osloj psichichesk elementar razstroist.*

Jakowieff (1887, Archiv. Psychiat. Charkow), *Neskolko sluch. neurast. spreobladan. javlenii so storony psichiki.*

Revue de médecine 1887, *La Neurasthénie* (Revue critique. Neurasthénies de Arndt et de Glénard).

Kraft-Ebing (1887, Wien. med. Presse), *La Neurasthénie sexuelle chez l'homme.*

Rohé (1887, Philad. med. Times), *Neurasthenia.*

Ziemssen (1887, Klin. Wort.), *Die Neurasthénie und ihre Behandlung.*

Glénard (1887, Rev. méd.), *Sur un cas de neurasthénie gastrique. — Enteronéphroptose traumatique.*

Schwabe (1888, Deuts. med. Woch.), *Die seeklimatische cur fur neurasthenische und anämische Kinder.*

Rockwell (1888, New. York med. Journ.), *Neurasthenia and Lithæmia : their differential diagnosis.*

Mathieu (1888, Prog. med.), *Neurasthénie et hystérie combinées.*

Caster (1888, New-York med. Journ.), *Neurasthenia ; its differentiation and treatment.*

Hirt (1888, Wien. Med. Presse), *Die Neurasthenie und ihre Behandlung.*

Petrina (1889, Prag. med. Woch), *Neurasthenie und ihre Behandlung.*

Pitres (1890, Echo méd.) *Leçons sur la neurasthénie.*

Bouveret (1889-90, Prov. Méd.), *La Neurasthénie.*

Schott (1890, Deuts. med. Zeit.) *Neurasthénie et maladies du cœur.*

PEYER (1890, Int. Klinische Rundschau), *L'irritation spinale (neurasthénie spinale) et ses rapports avec les affections des organes génitaux chez l'homme.*

STRAUVEN (1890, Rev. int. d'élect.), *Deux cas de neurasthénie traités avec succès par l'électricité.*

BÉRILLON (1890, Revue Hypn.), *Un cas de neurasthénie traité avec succès par l'hypnotisme.*

COLLINS (1890, Rey. London opht. hosp. Rep.), *L'asthénopie des neurasthéniques.*

LEER (1890, Berlin Klin. Woch.), *De la neurasthénie cardiaque : abus de thé, café, tabac et alcool.*

DE SANCTIS (1890, Morgagni), *Sur la neurasthénie ; étude clinique et nosographique.*

FIN

TABLE DES MATIÈRES

Chap. IV. — ÉTIOLOGIE.

Chap. V. — PATHOGÉNIE.

CHAP. VI. — SYMPTOMATOLOGIE.

II. — Symptômes secondaires ou accessoires.

CHAP. VIII. — PRONOSTIC.

CHAP. IX. — DIAGNOSTIC.

CHAP. X. — HYGIÈNE ET THÉRAPEUTIQUE

APPENDICE.

De la Neurasthénie au point de vue médico-légal.

Bibliographie historique.

FIN

DIJON, IMP. DARANTIERE, RUE CHABOT-CHARNY, 65

Dijon, imprimerie Darantiere, rue Chabot-Charny.